

Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern

*Entwurf Kantonsratsbeschluss
über die Kenntnisnahme*



Zusammenfassung

Der Regierungsrat unterbreitet dem Kantonsrat einen Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Dieser Bericht präsentiert die aktuelle Situation in der Gesundheitsversorgung des Kantons Luzern und zeigt zukünftige Entwicklungen und Prognosen auf. Oberstes Ziel ist es, der Luzerner Bevölkerung weiterhin eine patientenorientierte, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu angemessenen Kosten anzubieten.

Seit der Verabschiedung des letzten Berichtes aus dem Jahr 2005 durch den Kantonsrat hat sich im gesundheitspolitischen Umfeld viel verändert. Insbesondere ist im Jahr 2012 die neue Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Dazu gehören die gleiche Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern, die Einführung der freien Spitalwahl und die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen in der Akutsomatik. Letztere beinhalten auch die Anlagenutzungskosten. Aber auch demografische und medizinische Faktoren – wie etwa die steigende Lebenserwartung, die Zunahme von Mehrfacherkrankungen bei Patientinnen und Patienten und der medizinische Fortschritt – beeinflussen den künftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen stark.

Der Planungsbericht zeigt detailliert die Situation in den stationären Bereichen der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie auf und legt dar, wie sich die neue Spitalfinanzierung auswirkt. Um einen fairen Wettbewerb unter den Spitälern zu ermöglichen, hat der Regierungsrat darauf verzichtet, diesen bestimmte Kapazitäten oder Betten zuzuteilen. Die Leistungserbringer sollen möglichst «gleich lange Spiesse» haben und die Patientinnen und Patienten über eine echte Spitalwahlfreiheit verfügen. Der Kanton überwacht das Leistungsangebot und greift nur dann ein, wenn es qualitativ oder quantitativ nicht mehr zu genügen droht.

Die Analyse zeigt, dass sich das System grundsätzlich bewährt. Der Luzerner Bevölkerung steht ein ausreichendes und qualitativ gutes Angebot zur Verfügung. Mit den geplanten Investitionen der einzelnen Spitäler gilt dies auch für die Zukunft. In der psychiatrischen und rehabilitativen Versorgung ist allerdings der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen hoch, sodass punktuelle Veränderungen angezeigt sind.

Im ambulanten Bereich beleuchtet der Bericht die verschiedenen Angebote und insbesondere die Situation bei der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Hier zeichnet sich wie in den anderen Kantonen auch ein Mangel an Fachkräften ab, wenn es nicht gelingt, diese Berufe mit gezielten Massnahmen attraktiver zu gestalten und mehr Ausbildungsplätze zu schaffen.

Die Langzeitpflege wird nur am Rand berücksichtigt, da die Pflegeheime einer separaten Pflegeheimplanung unterliegen. Zudem werden in der Langzeitpflege die nicht von den Versicherern und den Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern gedeckten Kosten – anders als bei der Akutversorgung – von den Gemeinden und nicht vom Kanton getragen.

Weiter gibt der Bericht Auskunft über Spezialthemen wie das Rettungswesen, die Gesundheitsförderung und die Prävention, die Palliative Care oder eHealth.

Inhaltsverzeichnis

1 Ziel und Auftrag	6
2 Rückblick auf die Versorgungsplanung aus dem Jahr 2005	6
2.1 Organisatorische Massnahmen	7
2.2 Massnahmen Spitalstrukturen	7
2.3 Fachübergreifende Massnahmen	7
2.4 Massnahmen Medizin und Chirurgie	8
2.5 Massnahmen Kinder und Jugendliche	8
2.6 Massnahmen Spezialgebiete	9
2.7 Massnahmen Psychiatrie	9
2.8 Massnahmen Rehabilitation	10
2.9 Kantonsratsbeschluss vom 6. Dezember 2005 (inkl. Bemerkungen)	10
3 Kantonsporträt – der Kanton Luzern im Überblick	11
4 Umfeld und äussere Rahmenbedingungen	12
4.1 Die neue Spitalfinanzierung	13
4.2 Gesetzesanpassungen auf kantonaler Ebene	14
4.3 Kosten und Kostenentwicklung	14
4.3.1 Gesamtkosten des Gesundheitswesens in Relation zum BIP	14
4.3.2 Gesundheitskosten im internationalen Vergleich	14
4.3.3 Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	15
4.3.4 Beiträge des Kantons Luzern	16
4.4 Kantonale Durchschnittsprämien	17
4.4.1 Interkantonaler Prämienvergleich und Prämienentwicklung	17
4.4.2 Kosten und Prämien nach Altersgruppen im Kanton Luzern	18
4.5 Prämienverbilligung	19
4.6 Ausblick	19
4.6.1 Kostenanstieg bleibt	19
4.6.2 Kostenverschiebung zulasten der Kantone	20
4.6.3 Geringe Handlungsmöglichkeiten	20
4.6.4 Stellung der öffentlichen Spitäler und Einflussnahme des Kantons	20
5 Grundsätze zur Luzerner Gesundheitsversorgungsplanung	21
6 Einflussfaktoren des künftigen Bedarfs	21
6.1 Demografie	21
6.1.1 Lebenserwartung	21
6.1.2 Bevölkerungswachstum	23
6.2 Chronische Krankheiten und Multimorbidität	24
6.3 Medizinischer Fortschritt	24
6.4 Anspruchshaltung	25
6.5 Verschiebung stationär zu ambulant	25
7 Spitalliste	25
7.1 Bedeutung der Spitalliste	25
7.2 Gliederung der Spitalliste	26
7.2.1 Akutsomatik	26
7.2.2 Rehabilitation	26
7.2.3 Psychiatrie	26
7.3 Voraussetzungen für die Aufnahme in die Spitalliste	26
7.3.1 Bedarf	26
7.3.2 Qualität	26
7.3.3 Wirtschaftlichkeit	27
7.4 Ausserkantonale Spitäler	27
7.5 Hochspezialisierte Medizin	27
8 Stationäre Akutsomatik	28
8.1 Spitalporträts	28
8.2 Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung	31
8.2.1 Anzahl Fälle, Pflgetage und Aufenthaltsdauer	31
8.2.2 Hospitalisierungsrate	32
8.2.3 Luzerner Bevölkerung in Luzerner Spitälern nach Leistungsbereich	33
8.2.4 Ausserkantonale Behandlung der Luzerner Bevölkerung	33

8.3 Behandlungen in Luzerner Spitälern	37
8.3.1 Inanspruchnahme von Leistungen.....	37
8.3.2 Fälle und Pflegetage im Kanton Luzern nach Spital	37
8.3.3 Fälle in Luzerner Spitälern nach Wohnkanton.....	37
8.3.4 Behandlungen von Nicht-Luzernerinnen und Nicht-Luzernern nach Wohnkanton	38
8.3.5 Behandlungen von Nicht-Luzernerinnen und Nicht-Luzernern nach Spital	38
8.3.6 Nicht-Luzerner Fälle und Pflegetage nach Leistungsbereichen.....	39
8.3.7 Inanspruchnahme der Luzerner Spitäler nach Liegeklasse.....	40
8.4 Interkantonale Patientenströme	40
8.5 Innerkantonale Patientenströme	41
8.6 Einzugsgebiete der Spitäler für innerkantonale Behandlungen.....	42
8.7 Bedarfsprognosen für die stationäre Akutsomatik im Jahr 2023	45
8.7.1 Methodik.....	45
8.7.2 Gesamtbedarf an Behandlungen für die Luzerner Bevölkerung	45
8.7.3 Bedarf in den Luzerner Spitälern	46
8.7.4 Bedarf für die Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Spitälern	47
8.8 Entwicklung aus Sicht der Spitäler	48
8.8.1 Luzerner Kantonsspital.....	48
8.8.2 Hirslanden-Klinik St. Anna.....	50
8.8.3 Hirslanden-Klinik Meggen	51
8.8.4 Geburtshaus Terra Alta.....	51
8.8.5 Schweizer Paraplegiker-Zentrum	51
8.9 Beurteilung und Fazit zur stationären Akutsomatik.....	51
9 Rehabilitation.....	53
9.1 Klinikporträts	53
9.2 Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung.....	55
9.2.1 Fälle, Pflegetage, Aufenthaltsdauer und Hospitalisierungsrate.....	55
9.2.2 Ausserkantonale Behandlung nach Spitalkanton.....	55
9.2.3 Ausserkantonale Behandlung nach Klinik	56
9.2.4 Ausserkantonale Behandlung nach Diagnosegruppe	56
9.3 Behandlungen in Luzerner Kliniken.....	57
9.3.1 Inanspruchnahme von Leistungen.....	57
9.3.2 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	57
9.3.3 Bettenbelegung der Luzerner Kliniken	58
9.3.4 Behandlungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten.....	58
9.4 Prognosen zur stationären Rehabilitation	59
9.5 Entwicklung aus Sicht der Spitäler	59
9.5.1 LUKS – Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation.....	59
9.5.2 Schweizer Paraplegiker-Zentrum	60
9.5.3 Cereneo.....	61
9.6 Luzerner Höhenklinik Montana.....	61
9.7 Beurteilung und Fazit zur stationären Rehabilitation.....	62
10 Psychiatrie	63
10.1 Psychiatrisches Gesamtangebot im Kanton Luzern.....	63
10.2 Kooperationen der Luzerner Psychiatrie	65
10.3 Stationäre Psychiatrie.....	65
10.3.1 Klinikporträts	65
10.3.2 Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung.....	66
10.3.3 Behandlungen in Luzerner Kliniken	67
10.3.4 Luzernerinnen und Luzerner in ausserkantonalen Kliniken	70
10.3.5 Einzugsgebiete der Luzerner Kliniken für innerkantonale Behandlungen.....	73
10.4 Prognosen zur Psychiatrie.....	73
10.4.1 Fälle und Pflegetage	73
10.4.2 Grundsatz «ambulant vor stationär»	74
10.5 Entwicklung aus Sicht der Spitäler	74
10.5.1 Luzerner Psychiatrie.....	74
10.5.2 Therapiezentrum Meggen.....	76
10.6 Beurteilung und Fazit zur stationären Psychiatrie.....	77
11 Gesundheitspersonal in Spitälern.....	77
11.1 Gesamtpersonalbestand in Luzerner Spitälern.....	78
11.2 Geschlechteranteile des Gesundheitspersonals.....	79
11.3 Anteil der 55-Jährigen und Älteren	80
11.4 Pensionierungen bis 2025.....	80

12 Ambulante Gesundheitsversorgung	80
12.1 Ärztliche Versorgung	81
12.1.1 Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte	81
12.1.2 Ärztliche Aus- und Weiterbildung	87
12.2 Spitex	89
12.2.1 Allgemeines	89
12.2.2 Spitex-Kennzahlen	90
12.3 Personalmangel in Medizin und Pflege	92
12.3.1 Ärztemangel	92
12.3.2 Mangel an Pflegepersonal	94
12.4 Apotheken und Drogerien	95
12.5 Zahnmedizin	96
12.6 Weitere Gesundheitsberufe	96
12.6.1 Ausbildung von nicht universitären Gesundheitsberufen	96
12.6.2 Erteilte Berufsausübungsbewilligungen	97
12.7 Ambulanter Notfalldienst	98
12.8 Fazit zur ambulanten Versorgung	99
13 Spezialthemen der Gesundheitsversorgung	100
13.1 Sanitätsnotruf, Rettungsdienst und notärztliche Versorgung (24-Stunden-Notarztpraxen)	100
13.1.1 Sanitätsnotruf 144	100
13.1.2 Rettungsdienste und Standorte	100
13.1.3 Notfallzentren und -praxen (notärztliche Versorgung)	101
13.2 Gesundheitsförderung und Prävention	101
13.3 Infektionskrankheiten und Impfprogramme	103
13.4 Langzeitpflege und Überbrückungspflege	104
13.5 Palliative Care	104
13.5.1 Versorgungsstand im Kanton Luzern	105
13.5.2 Planung und Aktivitäten der nächsten Jahre	105
13.6 eHealth und elektronisches Patientendossier	106
13.6.1 Nationale Strategie	107
13.6.2 Elektronisches Patientendossier	107
13.6.3 eHealth-Plattform	107
13.7 Interprofessionelle und neue Versorgungsmodelle	107
14 Das Wichtigste im Überblick	108
15 Antrag	114
Entwurf	115
Beilagen	116
Verzeichnisse	128

Der Regierungsrat des Kantons Luzern an den Kantonsrat

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen den neuen Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Der letzte Planungsbericht unseres Rates an Ihren Rat über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern datiert vom 4. März 2005 (Botschaft B 87, in: Verhandlungen des Grossen Rates 2005, S. 1893).

1 Ziel und Auftrag

Ziel des Planungsberichtes ist es, die Situation in der Gesundheitsversorgung für die Luzerner Bevölkerung in den verschiedenen Bereichen zu durchleuchten. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen in die Umsetzung der Versorgungsplanung einfließen, um der Luzerner Bevölkerung weiterhin eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu angemessenen Kosten zu gewährleisten.

Gemäss § 3 des Gesundheitsgesetzes legt der Regierungsrat dem Kantonsrat mindestens alle acht Jahre einen Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern zur Stellungnahme vor. Wir haben das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) deshalb beauftragt, eine revidierte Versorgungsplanung mit Fokus auf dem stationären Bereich der Akutsomatik, der Psychiatrie sowie der Rehabilitation für den Kanton Luzern auszuarbeiten. Der 8-Jahre-Rhythmus wurde nicht ganz eingehalten, weil mit dem Bericht auch die Auswirkungen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Revision des Krankenversicherungsgesetzes aufgezeigt werden sollen (freie Spitalwahl, Fallpauschalen, gleiche Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern). Viele Daten und Auswertungen dazu lagen erst in den Jahren 2014 oder 2015 vor.

Ziel und Zweck des Planungsberichtes ist es, die medizinische Versorgung der Luzerner Bevölkerung in den verschiedenen Bereichen zu durchleuchten und die so gewonnenen Erkenntnisse, inklusive Prognosen, in die Planung der Gesundheitsversorgung einfließen zu lassen. Das übergeordnete Ziel ist es, weiterhin eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, ausreichende, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu angemessenen Kosten für die Luzerner Bevölkerung zu gewährleisten.

Im Zuge der gesamtschweizerischen Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der Fallpauschalen im akutsomatischen Bereich (SwissDRG) im Jahr 2012 wurde die Spitalliste per 1. Januar 2012 erheblich überarbeitet. Ergänzend wurden neue Leistungsaufträge mit den Spitälern, die auf der Spitalliste des Kantons Luzern figurieren, erstellt. Mit den innerkantonalen Spitälern werden zudem jährlich aus dem Leistungsauftrag abgeleitete Leistungsvereinbarungen abgeschlossen.

Der vorliegende Bericht soll insbesondere aufzeigen, wie sich das Leistungsangebot und die Patientenströme im Kanton Luzern seit der letzten Planung und mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verändert haben und welche Tendenzen sich abzeichnen. Daraus ergibt sich für unseren Rat, wo und allenfalls welche Massnahmen getroffen werden sollen.

Der Bericht nimmt insbesondere folgende Punkte der Versorgungsplanung auf:

- Rückblick auf die letzte Versorgungsplanung aus dem Jahr 2005 (welche Massnahmen wurden umgesetzt, welche nicht?),
- Umfeld und äussere Rahmenbedingungen (neue Spitalfinanzierung und Fallpauschalen),
- Grundsätze und Philosophie der Luzerner Gesundheitsversorgungsplanung unter den neuen Bedingungen,
- Einflussfaktoren des künftigen Bedarfs,
- Bedeutung der Luzerner Spitalliste,
- stationäre Versorgung (Ist-Situation, Prognosen, Beurteilung und Ausblick),
- ambulante Versorgung (ärztliche Versorgung, Apotheken und Drogerien, Zahnmedizin, Gesundheitsberufe, ambulanter Notfalldienst),
- Spezialthemen (Rettungsdienst, Gesundheitsförderung und Prävention, Infektionskrankheiten und Impfprogramme, Palliative Care, eHealth und elektronisches Patientendossier).

2 Rückblick auf die Versorgungsplanung aus dem Jahr 2005

Im Folgenden werden die im letzten Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung vom 4. März 2005 vorgeschlagenen, wichtigsten Massnahmen wiedergegeben. Es wird beschrieben, ob und allenfalls wie sie umgesetzt wurden.

Die meisten der vorgeschlagenen Massnahmen haben wir realisiert, andere haben wir teilweise realisiert oder sind weiter in Planung. Einzig die Spitalstruktur-Massnahme «Verzicht auf die Luzerner Höhenklinik Montana» haben wir aus verschiedenen Gründen nicht umgesetzt.

2.1 Organisatorische Massnahmen

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
<i>KSL/KSSW als organisatorische und strategische Einheit</i> – betriebliche Optimierung – 3 Standorte Gemeinsame Leitungs- und Organisationsstruktur (Spitalrat und CEO/Spitalleitung).	Massnahme realisiert. Seit 2008 werden das Kantonsspital Luzern (KSL), das Kantonale Spital Sursee / Wolhusen (KSSW) und die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) unter dem gemeinsamen Dach als Luzerner Kantonsspital (LUKS) und als öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit geführt.
<i>PLL/PLS/KJPD als organisatorische und strategische Einheit</i> – betriebliche Optimierung – 2 stationäre Standorte Gemeinsame Leitungs- und Organisationsstruktur (Spitalrat und CEO/Spitalleitung). Zu beachten ist die Revision des Gesundheits-/Spitalgesetzes.	Massnahme realisiert. Im Dezember 2005 beschloss unser Rat die Zusammenführung des Psychiatriezentrums Luzerner Landschaft (PLL), des Psychiatriezentrums Luzern-Stadt (PLS) und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) zu einer organisatorischen Einheit. Der Zusammenschluss zur Luzerner Psychiatrie (Lups) erfolgte am 1. April 2006. Seit 2008 ist die Lups eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Die Lups führt die Bereiche Ambulante Dienste, Stationäre Dienste und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2.2 Massnahmen Spitalstrukturen

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
<i>Änderung der Organisationsstruktur und des Angebots LHM</i> – Zusammenschluss der Kliniken in Montana anstreben, Verhandlungen aufnehmen mit den Kantonen VS, BE und GE; gemeinsame, einheitliche Trägerschaft – Angebot konzentrieren und koordinieren mit anderen Kliniken – Anpassung des Leistungsangebotes im Sinn einer Konzentration auf weniger Kernkompetenzen	Es wurden Gespräche mit anderen Kantonen und Kliniken geführt, allerdings ohne Erfolg. Ein Zusammenschluss ist nicht erfolgt. Die LHM wurde am 1. Januar 2008 ins LUKS integriert. Seitdem werden das KSL, das KSSW und die LHM unter dem gemeinsamen Dach als Luzerner Kantonsspital (LUKS) geführt.
<i>Verzicht auf die LHM/Schliessung</i> – mit verschiedenen Massnahmen kann der Bedarf an stationärer Rehabilitation gesenkt werden – Sicherstellung notwendiger Leistungen durch Verträge mit ausserkantonalen Kliniken	Massnahme nicht realisiert. Intensive Verkaufsbemühungen und Verhandlungen führten zu keinem Abschluss. Die LHM wurde im Jahr 2008 in das LUKS integriert. Ab 1. Januar 2012 hat der Kanton Wallis die LHM in seine Spitalliste aufgenommen. Die LHM schreibt seit 2013 schwarze Zahlen. Weitere Bemerkungen dazu im Kapitel 9.6 «Luzerner Höhenklinik Montana».

2.3 Fachübergreifende Massnahmen

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
<i>Aufbau einer interdisziplinären Notfall- und Intensivpflegestation im Spitalzentrum am KSL</i> – Planungsgrundlagen existieren bereits – Investition notwendig (20 bis 40 Mio. Fr.) – bessere Versorgungsqualität bei höherer Wirtschaftlichkeit	Luzern, Wolhusen und Sursee verfügen über interdisziplinäre Notfall- und Intensivstationen. In Luzern ist die interdisziplinäre Intensivstation personell, noch nicht aber baulich realisiert. Dies erfolgt im 2016/17 mit dem neuen Zentrum für Notfall- und Intensivmedizin.
<i>Spitalliste und Leistungsaufträge für öffentliche und private Spitäler/Kliniken anpassen oder erstellen</i> – Zuständigkeit liegt beim Regierungsrat – heutige Fallzahlen wurden in den Fachgruppen zusammengestellt und sollen berücksichtigt werden – das KSL soll Erstversorgungs- und Zentrumsspital sein – alle für ein Zentrum wichtigen Disziplinen müssen kompetent angeboten werden – vernetzte Leistungserbringung	Massnahme realisiert. Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wurde die Spitalplanung im Kanton Luzern von unserem Rat überarbeitet, das heisst, die Luzerner Spitalliste und die Leistungsaufträge wurden allesamt angepasst oder neu erstellt. Das LUKS ist weiterhin Erstversorgungs- und Zentrumsspital für die ganze Zentralschweiz. Auch die Hirslanden-Klinik St. Anna bietet gewisse Leistungen der Zentrumsversorgung an.

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
Geriatrische Rehabilitationsstation Errichtung einer geriatrischen Rehabilitationsstation für Früh- und Kurzrehabilitationen inkl. Assessment – zirka 30 Betten – Entlastung der Akutabteilung – zum Teil auch Frührehabilitation – in der Regel 4 bis 10 Wochen Aufenthalt	Massnahme realisiert. Eine akutgeriatrische Abteilung mit rund 20 Betten besteht am LUKS (Wolhusen) seit 2011. Diese wird schrittweise zu einem geriatrischen Zentrum ausgebaut. Sie soll künftig nach Luzern transferiert werden. Die Akutgeriatrie ist seit 2010 im Altersleitbild des Kantons verankert. Eine Praxis für Geriatrie bietet seit 2013 die Hirslanden-Klinik St. Anna an.
Geriatrische Slow-Stream-Rehabilitation Spezielle, auf betagte Menschen angepasste Rehabilitation und Nachbehandlung von nicht mehr akut spitalbedürftigen Menschen – in 4 bis 6 regional verteilten Pflegeheimen – Behandlungsdauer 2 bis 6 Monate – Schnittstelle bei der Zuständigkeit Gemeinde/Kanton	Massnahme teilweise realisiert. Die Akut- und Übergangspflege wurde 2009 in das KVG aufgenommen. Die Finanzierung erfolgt jedoch nur längstens für zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung. Akut- und Übergangsplätze bieten das Betagtenzentrum Rosenberg (Luzern) und das Haus für Pflege, Seeblick (Sursee), an.
Bedarfsgerechtes Weiterbildungsangebot für künftige Grundversorger in der Region erweitern Ungenügende Zahl von Weiterbildungsstellen in gewissen Kompetenzbereichen der Grundversorger. Die Finanzierung der Weiterbildung zum Praxisassistenten und zur Praxisassistentin ist nicht geregelt.	Massnahme realisiert. Das Praxisassistentenprogramm wurde realisiert, ebenso wie das Institut für Hausarztmedizin (unter der Führung der kantonalen Ärztesgesellschaft). Ein Masterstudium an der Universität Luzern wird geprüft.

2.4 Massnahmen Medizin und Chirurgie

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
Enge Kooperation zwischen KSL und KSSW Mit der Kooperation können die Ressourcen (Patientenbetten und Personal), Fachkompetenzen (Case load) und Ausbildungsbedürfnisse optimiert werden. Konzentration der Zentrumsleistungen in Luzern.	Massnahme realisiert. Das KSL und das KSSW wurden auf den 1. Januar 2008 zum LUKS zusammengeführt. Diverse Leistungen wurden inzwischen konzentriert.
Interventionelle Kardiologie verstärken Notfallinterventionen (Herzkatheter) müssen am Kantonsspital rund um die Uhr gewährleistet sein. 1 Fachärztin/-arzt zusätzlich	Massnahme realisiert. Die interventionelle Kardiologie wurde am LUKS durch mehrere Fachkräfte verstärkt. Die Versorgung ist an 365 Tagen rund um die Uhr gewährleistet. Auch an der Hirslanden-Klinik St. Anna wurde die interventionelle Kardiologie verstärkt.
Herzchirurgie KSL Angebot weiterhin am KSL anbieten und Limitierung aufheben Optimierung der personellen und infrastrukturellen Ressourcen; 1 Person Kardiotechnik zusätzlich	Massnahme realisiert. Das herzchirurgische Angebot am LUKS ist etabliert, und die Limitierung existiert nicht mehr. Die Kardiotechnik verfügt inzwischen über 2 Fachkräfte.
Angebot Wirbelsäulenchirurgie überprüfen – überprüfen, inwiefern ein Überangebot an degenerativer Wirbelsäulenchirurgie besteht – Definition Behandlungskonzept	Massnahme realisiert. Die Wirbelsäulenchirurgie am LUKS ist eingeführt. Das LUKS arbeitet eng mit dem Schweizer Paraplegiker-Zentrum zusammen und gründete mit diesem das Schweizer Wirbelsäulen- und Rückenmarkzentrum SWRZ. Auch die Hirslanden-Klinik St. Anna verfügt über ein ausgebautes Angebot in der Wirbelsäulenchirurgie.

2.5 Massnahmen Kinder und Jugendliche

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
Kinderspital: Planung eines Erweiterungsbaus Bedürfnisnachweis 2001 erbracht, jedoch Neubauprojekt verworfen. Geschätzter Kostenrahmen für einen Annexbau: 20 bis 30 Millionen Franken.	Massnahme in Planung oder Realisation. Das Kinderspital muss vollständig und dringend erneuert werden. Die Umsetzung erfolgt prioritär im Rahmen der baulichen Gesamtplanung auf dem Areal des LUKS in Luzern.

2.6 Massnahmen Spezialgebiete

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
<i>Radiologie und Schnittbildverfahren: Lücken schliessen</i> Versorgungsengpässe wegen fehlenden Personals und fehlender CT- und MRT-Kapazität, besonders bei komplexen dringlichen oder Notfalluntersuchungen am KSL. Ausbau am Kantonsspital ist zu prüfen.	Massnahme realisiert. Die Leistungskapazität wurde durch diverse Investitionen in Luzern, Sursee und Wolhusen markant erhöht. Auch die Hirslanden-Klinik St. Anna verfügt über ein gut ausgebautes Radiologie-Angebot. CT- und MRT-Geräte wurden in Uri, Nidwalden sowie Obwalden beschafft, die durch das LUKS betrieben werden. Die personellen Ressourcen bei den Fachpersonen für medizinisch-technische Radiologie (MTRA) sind schweizweit weiterhin knapp.
<i>Sanitätsnotruf: Sicherheitslücken schliessen</i> Bei Ablösung der bestehenden Anlage sind die Sicherheitslücken zu schliessen und gleichzeitig die Integration der Sanitätsnotrufzentrale 144 in eine integrierte Notrufzentrale zusammen mit Polizei und Feuerwehr zu prüfen (unter Belassung des Rettungsdienstes am KSL).	Realisierung der Massnahme nicht notwendig. Die Sanitätsnotrufzentrale am LUKS wurde seither nicht abgelöst und damit auch nicht in eine integrierte Notrufzentrale mit der Polizei und der Feuerwehr überführt. Sie ist gut etabliert.
<i>Rettungsdienste verstärken</i> Die Rettungsdienste des Kantons sind personell in die Lage zu versetzen, jederzeit den Advanced Life Support nach den Kriterien des Interverbands für Rettungswesen sicherzustellen (durch Ärzte und allenfalls Anästhesiepersonal). Die Rettungsdienste des Kantons sind mit materiellen und personellen Ressourcen (8 bis 10 Stellen) auszustatten, damit auch in Zukunft unter Erhalt aller vier Standorte (Luzern, Sursee, Wolhusen und Seetal) keine Engpässe entstehen.	Massnahme realisiert. Die Rettungsfahrzeuge sind mit sehr gut ausgebildeten Rettungssanitäterinnen und -sanitätern bestückt. In Luzern und in der Agglomeration kommt nach Bedarf und Möglichkeit ein Not-einsatzfahrzeug mit einem Arzt oder einer Ärztin zum Einsatz. Die übrigen Einzugsgebiete werden in erster Linie durch die sehr gut ausgebildeten Rettungssanitäterinnen und -sanitäter abgedeckt.

2.7 Massnahmen Psychiatrie

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
<i>Psychiatrische Notfallpforte einrichten</i> Entlastung der medizinischen und chirurgischen Notfallstationen sowie der Zuweiser und der Polizei 1 Facharzt 1 Assistenzarzt 3 Personen Pflege	Massnahme in Planung. Die Lups erstellt zurzeit ein Konzept, das aufzeigt, wie Lücken in der psychiatrischen Notfallversorgung im Kanton Luzern geschlossen werden können. Unser Rat unterstützt diese Massnahme. Gemäss dem Gesundheitsgesetz ist der ambulante Notfalldienst weiterhin Sache der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater.
<i>Gemeindepsychiatrisches Behandlungskonzept umsetzen</i> Vermeidung von akutpsychiatrischen ausserkantonalen Hospitalisationen; bessere Triage, weniger Fehlindikationen für Hospitalisationen, schnellere Nachbetreuung, Verringerung der Hospitalisationszeit. Sowohl für PLS und PLL Betriebskosten von je rund 0,7 Millionen Franken pro Jahr.	Massnahme realisiert. Die Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) ist Teil der akutpsychiatrischen Standardversorgung der Stadt Luzern, der Agglomeration und ab Oktober 2013 auch der Luzerner Landschaft. Die GiA behandelt Patientinnen und Patienten wenn immer möglich intensiv aufsuchend in deren häuslichem Umfeld (Hausbesuche).
<i>Kinderpsychiatrische Therapiestation errichten</i> Konzept existiert bereits. Kosten rund 1 Million Franken pro Jahr	Massnahme realisiert. Die im Jahr 2009 eröffnete Kinderpsychiatrische Therapiestation und Tagesklinik umfasst 8 stationäre und 7 tagesklinische Plätze für Kinder im Vorschul- und Primarschulalter, die wegen einer ausgeprägten psychischen Störung vorübergehend eine teil- oder vollstationäre Behandlung brauchen. Das multidisziplinäre Behandlungsangebot besteht aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie, pädagogisch-pflegerischer Betreuung und schulischer Förderung. Die Therapiestation und Tagesklinik führt eine interne Schule, die als kantonale Sonderschule anerkannt ist.

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
<i>Errichtung Adoleszentenstation</i> in bestehendem Gebäude (St. Urban); Betriebsaufwand rund 1,8 Millionen Franken pro Jahr	Massnahme ist nur teilweise realisiert. Eine Adoleszentenstation definiert eine eigenständige akut-psychiatrische Versorgung für Jugendliche. Bisher wurde nur das akutpsychiatrische Angebot im Gebäude der Erwachsenen-psychiatrischen Klinik Luzern mit Fachpersonen (Jugend-psychiatrie und Sozialpädagogik) erweitert, sodass dort bis zu 4 Jugendliche in einer akuten Phase Aufnahme finden. Ein eigentliches Akutangebot für Jugendliche beziehungsweise eine Adoleszentenstation ist vorgesehen, aber noch nicht realisiert. Nicht zu verwechseln ist die Adoleszentenstation (Akutangebot) mit der Therapiestation in Kriens. Die Jugendpsychiatrische Therapiestation Kriens umfasst 14 stationäre und 2 tagesklinische Plätze für Jugendliche im Alter von zirka 13 bis 18 Jahren, die wegen einer ausgeprägten psychischen Störung vorübergehend eine stationäre, therapeutische Behandlung brauchen.
<i>Zweigstelle Hochdorf für KJPD aufbauen</i> Unterversorgung im Amt Hochdorf (1 Psychologe)	Massnahme realisiert. Zweigstelle des KJPD in Hochdorf ist seit dem Jahr 2010 in Betrieb.

2.8 Massnahmen Rehabilitation

Massnahmen und Erläuterungen	Umsetzung / aktueller Stand
<i>Ambulante Neurorehabilitation ausbauen</i> – Erweiterung ambulante Rehabilitation/Tagesrehabilitation – mehr Patientinnen und Patienten könnten ambulant behandelt werden – gleichzeitig würden die äusserst engen räumlichen Verhältnisse auf der stationären Abteilung verbessert	Massnahme realisiert. Die ambulante Neurorehabilitation bietet einzelne oder koordinierte spezialisierte Neurorehabilitationsangebote der verschiedenen Fachbereiche an: Abklärungen, Therapien, Beratungen, Hilfsmittelversorgung, weitere Massnahmen zur Wiedereingliederung ins eigene Wohnumfeld und in das soziale Umfeld sowie Begleitung und Training beim Wiedereinstieg ins Berufsleben.

2.9 Kantonsratsbeschluss vom 6. Dezember 2005 (inkl. Bemerkungen)

Der Grosse Rat (Kantonsrat) des Kantons Luzern hat im Dezember 2005 Folgendes beschlossen:

1. Vom Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern wird Kenntnis genommen.
2. Der Grossratsbeschluss ist zu veröffentlichen.

Zudem hat der Kantonsrat folgende Bemerkungen zum Planungsbericht überwiesen:

1. Am Spital Wolhusen wird weiterhin eine vollumfängliche medizinische Grundversorgung sowohl für Männer wie für Frauen angeboten, die auch Gynäkologie und Geburtshilfe beinhaltet. Die vorgesehene Schliessung der Geburtsabteilung wird nicht umgesetzt, damit Frauen aus den ländlichen Regionen auch in Zukunft die Möglichkeit haben, in Wolhusen zu gebären.
Kommentar: Das Angebot in Wolhusen wurde nicht verändert.
2. Die Konzepterarbeitung für eine geriatrische Rehabilitationsstation ist im Zusammenhang mit der geriatrischen Slow-Stream-Rehabilitation anzugehen.
Kommentar: Der Bund hat inzwischen im KVG die Regeln für die Akut- und Übergangspflege festgelegt.
3. Die Planung und Umsetzung für die Erweiterung des Kinderspitals und die Errichtung einer kinderpsychiatrischen Therapiestation sind unverzüglich an die Hand zu nehmen.
Kommentar: Das Kinderspital muss vollständig und dringend erneuert werden. Die Umsetzung erfolgt prioritär im Rahmen der baulichen Gesamtplanung auf dem Areal des LUKS Luzern. Die Kinderpsychiatrische Therapiestation ist in Betrieb.
4. Die Spitex wird als Partnerin im Gesundheitswesen voll anerkannt. Mit den Verantwortlichen des Verbandes erfolgt eine regelmässige Zusammenarbeit, um die aktuellen Bedürfnisse beidseitig zu prüfen.
Kommentar: Die volle Anerkennung der Spitex als Partnerin im Gesundheitswesen ist unbestritten, und die Zusammenarbeit ist gut.
5. Die privaten Anbieter sind im neu zu erstellenden Versorgungskonzept des Kantons mit einzubeziehen. Es sind Zusammenarbeitsmodelle zu suchen und Synergien zu nutzen.
Kommentar: Mit der neuen Spitalfinanzierung werden öffentliche und private Spitäler seit 2012 gleich finanziert. Die öffentlichen Spitäler wurden in diesem Zusammenhang im Jahr 2008 rechtlich verselbstständigt.
6. Der Regierungsrat wird beauftragt, die finanziellen Konsequenzen der einzelnen Massnahmen (Investitionen, Betriebskosten, Ausgabenbegrenzung, Kostenbeteiligung anderer Kantone usw.) mit den entsprechenden dem Parlament vorgelegten Projekten und Botschaften klar und detailliert aufzuzeigen.
Kommentar: In den dem Kantonsrat vorgelegten Beschlüssen werden regelmässig die finanziellen Konsequenzen dargestellt.

3 Kantonsporträt – der Kanton Luzern im Überblick

Luzerns Bevölkerungsentwicklung der vergangenen Jahre war leicht stärker als jene der Gesamtschweiz. Diese Dynamik zeigt sich auch in einer vergleichsweise jugendlicheren Altersstruktur sowie einer leicht überdurchschnittlichen Geburtenrate. Rund die Hälfte aller Einwohnerinnen und Einwohner lebt in urbanen Regionen.

Die Ärztedichte in der Grundversorgung im Kanton Luzern fällt im schweizerischen Vergleich leicht unterdurchschnittlich aus. Auffällig ist die sehr tiefe Hospitalisationsrate¹ der Luzerner Bevölkerung in den Akutspitälern, die mit 125 Spitalaustritten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner die niedrigste der Schweiz ist. Die Dichte an Pflegeheimplätzen ist dagegen überdurchschnittlich hoch.

Ende 2013 zählte der Kanton Luzern 390 349 Einwohnerinnen und Einwohner. In der Schweiz gibt es nur sechs Kantone, die eine höhere Bevölkerungszahl aufweisen. Luzerns Bevölkerungsentwicklung der vergangenen fünf Jahre (Zunahme zwischen 2008 und 2013 von 5,9%) war leicht stärker als jene für die Gesamtschweiz (5,7%). Niederschlag findet diese kantonale Bevölkerungsdynamik in einer vergleichsweise jugendlicheren und damit wirtschaftlich vorteilhaften Altersstruktur sowie einer leicht überdurchschnittlichen Geburtenrate: Luzerns Bevölkerung bestand 2013 aus relativ mehr jüngeren (0 bis 34 Jahre) sowie relativ weniger älteren Personen (50 Jahre und mehr) als in der Gesamtschweiz. Die kantonale Geburtenrate war die siebthöchste der Schweiz.

In der Schweiz leben rund 74 Prozent der Bevölkerung in urbanen Regionen (2012). Im Kanton Luzern beträgt dieser Anteil 51 Prozent. Aus statistischer Sicht gilt der Kanton damit als eher «ländlicher» Kanton. Dazu passen auch der relativ tiefe Anteil von Ausländerinnen und Ausländern an der Bevölkerung oder die etwas grösseren Privathaushalte als in der übrigen Schweiz. Bezüglich weiterer sozioökonomischer Indikatoren wie Beschäftigungsstruktur, Nettoerwerbsquote, Sozialhilfequote und Bruttoinlandprodukt befindet sich der Kanton Luzern im «Schweizer Mittelfeld».

Die grosse Mehrheit der Luzernerinnen und Luzerner ab 15 Jahren (88%) geben gemäss dem neuen Gesundheitsreport an, sich gesundheitlich gut bis sehr gut zu fühlen; Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich kaum. Interessant ist, dass gleichzeitig trotzdem rund 30 Prozent der Befragten im Kanton von einem lang andauernden Gesundheitsproblem betroffen sind (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, 2014, S. 6).

Die Ärztedichte im Kanton Luzern liegt 2013, wie bereits in früheren Jahren, in der Grundversorgung leicht, bei der Spezialmedizin hingegen deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt. Auch die Apothekendichte ist aufgrund der Selbstdispensation (Medikamentenabgabe in den Arztpraxen) relativ tief. Auffallend ist die tiefe Rate der Hospitalisierungen in Akutspitälern, die mit 125 Spitalaustritten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner die niedrigste der Schweiz ist. Das System der Alters- und Pflegeheime ist im Kanton Luzern gut ausgebaut: 75 verfügbare Heimplätze auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner sind mehr, als in weiten Teilen der übrigen Schweiz zur Verfügung stehen (Durchschnitt: 64,7 Plätze).

Im Folgenden werden ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern mit denjenigen der Schweiz verglichen (vgl. dazu auch Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2014, S. 9 und 10):

Tabelle 1: Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern

Kennzahl	LU	CH	Rang LU ²	Beschreibung der Kennzahl
<i>Bevölkerungsgrösse 2013</i>				
Frauen	196 967	4 117 540	7	Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht
Männer	193 382	4 022 091	7	
<i>Total</i>	<i>390 349</i>	<i>8 139 631</i>	7	
<i>Bevölkerungsentwicklung 2008–2013 (in %)</i>				
Frauen	5,5	5,2	8	Zunahme/Abnahme zwischen 2008 und 2013 der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende, nach Geschlecht
Männer	6,2	6,2	9	
<i>Total</i>	<i>5,9</i>	<i>5,7</i>	9	
<i>Altersstruktur 2013 (in %)</i>				
0–14 Jahre	15,2	14,9	10	Anteil der Altersgruppen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende
15–34 Jahre	26,7	25,2	3	
35–49 Jahre	22,0	22,5	12	
50–64 Jahre	19,5	19,7	19	
65+ Jahre	16,6	17,6	18	
<i>Geburtenrate 2013 (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner)</i>	10,4	10,2	7	Anzahl Lebendgeburten pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner
<i>Anteil der Bevölkerung in urbanen Regionen 2013 (in %)</i>	50,8	73,7	19	Anteil der Bevölkerung in städtischen Gebieten am Total der ständigen Wohnbevölkerung
<i>Anteil Ausländer/innen 2013 (in %)</i>	17,2	23,8	19	Anteil der Ausländer/innen an der ständigen Wohnbevölkerung am Jahresende
<i>Haushaltsstruktur 2013</i>				
Anzahl Personen pro Haushalt	2,3	2,3	10	Durchschnittliche Anzahl Personen in Privathaushalten; Anteil Einpersonenhaushalte an allen Haushalten
Anteil Einpersonenhaushalte (in %)	33,1	35,1	14	

¹ Die Hospitalisationsrate definiert das Verhältnis zwischen der Anzahl Hospitalisierungen (Spitalaufenthalte) im Laufe eines Jahres und der Luzerner Wohnbevölkerung desselben Jahres (pro 1000 Einwohner/innen).

² Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl.

Kennzahl	LU	CH	Rang LU ²	Beschreibung der Kennzahl
<i>Bildungsstand in der Bevölkerung 2013 (ab 25 Jahren, in %)</i>				
ohne nachobligatorische Ausbildung	22,0	22,1	16	Anteil der Personen mit dem jeweils höchsten Abschluss an der Gesamtbevölkerung
Sekundarstufe II	48,8	47,0	16	
Tertiärstufe	29,2	30,9	11	
<i>Beschäftigungsstruktur 2012 (in %)</i>				
Beschäftigte im 1. Sektor	6,1	3,4	8	Anteil der Beschäftigten nach den drei Wirtschaftssektoren
Beschäftigte im 2. Sektor	23,7	22,2	18	
Beschäftigte im 3. Sektor	70,2	74,4	11	
<i>Nettoerwerbsquote 2013 (15- bis 64-Jährige, in %)</i>	82,8	81,0	5	Anteil der Erwerbspersonen an der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren
<i>Arbeitslosenquote 2013 (in %)</i>	2,0	3,2	19	Anteil der registrierten Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 2012 an der Gesamtzahl der Erwerbspersonen
<i>BIP pro Einwohnerin/Einwohner 2012 (in Fr.)</i>	64 806	78 105	16	Mittleres BIP pro Einwohnerin/Einwohner
<i>Sozialhilfequote 2013 (in %)</i>	2,1	3,2	14	Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an der ständigen Wohnbevölkerung
<i>Ärztedichte 2013 (pro 10 000 Einwohnerinnen/Einwohner)</i>				
Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin, Praktische(r) Ärztin/Arzt, Kinder- und Jugendmedizin)	8,1	9,4	16	Anzahl Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis pro 10 000 Einwohnerinnen/Einwohner
Spezialmedizin (restliche Fachgebiete)	7,6	11,9	15	
<i>Apothekendichte 2013 (pro 10 000 Einwohnerinnen/Einwohner)</i>	0,9	2,1	19	Anzahl Apotheken ohne Spitalapotheken pro 10 000 Einwohnerinnen/Einwohner
<i>Rate der belegten Spitalbetten 2013 (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner)</i>	2,2	2,3	10	Anzahl belegter Betten in Spitälern pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner und pro Tag
<i>Hospitalisationsrate 2013 (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner)</i>	125,1	143,6	26	Rate in Akutspitälern pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner; Austritte (Fälle) im Jahr 2013
<i>Aufenthaltsdauer in Akutspitälern 2013 (in Tagen)</i>	5,7	5,6	13	Mittlere Aufenthaltsdauer in Akutspitälern; Austritte im Jahr 2013
<i>Plätze in Alters- und Pflegeheimen 2013 (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner über 65 Jahren)</i>	75,1	64,7	5	Anzahl belegter und nicht belegter Plätze in Alters- und Pflegeheimen pro 1000 Einwohner/innen; verfügbare Langzeitplätze am 1. Januar 2013

Datenquelle: Auswertung Obsan (z.T. aus Gesundheitsreport Kanton Luzern 2014)

4 Umfeld und äussere Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie sich die äusseren Rahmenbedingungen (neue Spitalfinanzierung, kantonale Gesetze, Kostenentwicklung, Prämien) seit der letzten Planung verändert und entwickelt haben.

Die neue Spitalfinanzierung hat zu wesentlichen gesundheitspolitischen Veränderungen geführt. Dazu gehört die gleiche Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern auf der Spitalliste, die Einführung der freien Spitalwahl, die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen basierend auf einheitlichen Tarifstrukturen, der fixe Kostenteiler bei der Leistungsfinanzierung zwischen Kanton und Krankenversicherern und die Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten neu in der Fallpauschale.

Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz sind in den Jahren 2001 bis 2013 jährlich durchschnittlich um 3,6 Prozent angestiegen, und zwar auf über 69 Milliarden Franken.

Im Jahr 2012 betrugen die gesamten Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Luzern 1,095 Milliarden Franken. Dies entspricht 2837 Franken pro versicherte Person im Kanton, wobei die stationären und ambulanten Spitalkosten und die ärztliche Grundversorgung mit Abstand die grössten Anteile ausmachen (zwei Drittel der OKP-Bruttokosten).

Für den Kanton Luzern führt die neue Spitalfinanzierung zu erheblichen Mehrkosten. Die jährlichen Gesamtkosten für stationäre Behandlungen stiegen von 276,6 Millionen Franken (Jahr 2011) auf 322,5 Millionen Franken (2014) an.

Eine erwachsene Person bezahlt im Kanton Luzern im Jahr 2015 bei einer Franchise von 300 Franken eine monatliche Prämie von durchschnittlich 373 Franken. Damit liegt die Prämie immer noch deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt von 412 Franken, auch wenn diese im Kanton Luzern in den letzten Jahren leicht überdurchschnittlich angestiegen ist.

² Rang 1 bedeutet jeweils den höchsten Wert in der jeweiligen Kennzahl.

4.1 Die neue Spitalfinanzierung

Am 1. Januar 2012 ist die neue Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Die wichtigsten Änderungen sind:

- *Gleiche Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern auf der Spitalliste*
Alle öffentlichen und privaten Spitäler, die auf einer kantonalen Spitalliste stehen, erhalten grundsätzlich die gleichen leistungsbezogenen Beiträge des Kantons. Vor der Teilrevision mussten die Kantone keine Beiträge an die Privatspitäler zahlen. Das übergeordnete Ziel der neuen Spitalfinanzierung ist es, dass in allen Spitälern gleiche Leistungen zum gleichen Preis abgegolten werden. Dies ist derzeit noch nicht ganz der Fall, insbesondere weil die Fallschwere noch zu wenig genau abgebildet ist. Nicht zuletzt deswegen haben die Spitäler derzeit noch unterschiedlich hohe Basispreise³. Die gleiche Abgeltung von stationären KVG-Leistungen in öffentlichen und privaten Spitälern fördert die Transparenz und verstärkt den Wettbewerb. Für den Kanton Luzern führt die neue Finanzierung aber – wie in allen anderen Kantonen auch – zu erheblichen Mehrkosten. Dabei werden sich die jährlichen Gesamtkosten für stationäre Behandlungen von 276,6 Millionen (Jahr 2011) auf voraussichtlich 375,7 Millionen Franken (2017) erhöhen.
- *Einführung der freien Spitalwahl*
Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter denjenigen Spitälern frei auswählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Wenn das gewählte Spital entweder auf der Liste des Wohnort- oder des Standortkantons steht, muss der Kanton mindestens den sogenannten Referenztarif bezahlen. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen dann die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Ist eine ausserkantonale Behandlung in einem Listenspital des Standortkantons teurer als der im Wohnortkanton geltende Referenztarif und handelt es sich bei der ausserkantonalen Hospitalisierung nicht um einen Notfall, muss der Patient oder dessen Zusatzversicherung eine allfällige Differenz übernehmen. Allerdings werden diese Differenzen immer geringer, weil das neue Vergütungssystem grundsätzlich für gleiche Leistungen gleiche Preise anstrebt.
- *Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen, die auf gesamtschweizerischen, einheitlichen Tarifstrukturen basieren (DRG⁴)*
Seit dem 1. Januar 2012 werden die Leistungen der Spitäler im stationären Bereich über leistungsbezogene Pauschalen vergütet (Tarifstruktur SwissDRG). Während die Entwicklung der Tarifstruktur die Aufgabe der SwissDRG AG ist, obliegen die Verhandlungen für die Basispreise den Tarifpartnern, also den Versicherern und Spitälern. Können sich diese nicht einigen, muss die jeweilige Regierung einen Tarif festsetzen. Dagegen können die Tarifpartner Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben.

Im DRG-System werden die Fälle zu Gruppen zusammengefasst, die bezüglich medizinischer und ökonomischer Kriterien homogen sind. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Für jede Fallgruppe wird ein Kostengewicht berechnet. Wird dieses Kostengewicht mit dem Basispreis multipliziert, ergibt sich daraus die leistungsbezogene Fallpauschale.

Laut KVG sollten die Tarifstrukturen in allen stationären Bereichen auf leistungsbezogenen Pauschalen basieren. Im akuten somatischen Bereich wird diese Anforderung erfüllt. In der stationären Rehabilitation und Psychiatrie ist das pauschale Abgeltungssystem noch in Entwicklung und daher noch nicht eingeführt. Dort gilt weiterhin in allen Kantonen das System der Tagespauschalen. Für die *Rehabilitation* ist die Einführung von Fallpauschalen und gesamtschweizerischen, einheitlichen Tarifstrukturen ab 2018 zu erwarten. Zurzeit arbeiten Fachpersonen an der Entwicklung einheitlicher Strukturen, damit künftig im Tarifsysteem der Schweregrad von Leistungen adäquat berücksichtigt und abgebildet wird. Im Auftrag und mandatiert⁵ durch die SwissDRG entwickelt die Projektorganisation ST Reha die national einheitliche, leistungsorientierte Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation.

Für die *Psychiatrie* wird die Einführung von einheitlichen Tarifstrukturen frühestens ab 2018 erwartet. Die Entwicklungsarbeiten im Projekt «Tarsy» wurden bisher als Mandat der SwissDRG und der Co-Leitung von H+⁶ und der GDK⁷ geführt. Dieses Auftragsverhältnis wurde per Ende März 2015 beendet. Das Projekt wird seit April 2015 durch den bisherigen Auftraggeber SwissDRG AG direkt weitergeführt. Fachleute arbeiten daran, die psychiatrischen Leistungen im Tarifsysteem angemessen abzubilden. Die Komplexität von psychiatrischen Krankheiten und Therapien erschwert aber die Bildung von kostenhomogenen Fallgruppen.

Die Einführung der Fallpauschalen führte vielerorts zur Befürchtung, dass es wegen dieser Systemänderung vermehrt zu vorzeitigen Entlassungen aus den Spitälern kommen würde oder dass die Patientinnen und Patienten zu früh in die nachgelagerten Institutionen (Spitex, Heime, Rehabilitationskliniken) abgeschoben würden. In verschiedenen Fachberichten und Publikationen wurde mittlerweile darauf hingewiesen, dass eine markante Zunahme komplexerer Fälle und vorzeitiger Entlassungen bisher nicht stattgefunden hat. Dies ist auch auf eine kontinuierlich verbesserte Zusammenarbeit von Spitälern mit Leistungserbringern aus anderen Bereichen und auf eine gegenseitige, bessere Abstimmung der Übertrittsprozesse zurückzuführen. Zudem hatte der Trend zu kürzeren Spitalaufenthalten schon vor Einführung der Fallpauschalen eingesetzt. Eine Studie der Hochschule Luzern über die Spitex-Leistungen im Kanton Schwyz⁸ kommt zum Schluss, dass es nicht zu einer Zunahme sogenannter «blutiger Entlassungen» gekommen ist. Dazu beigetragen hat das gute Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungsbereichen. Diese übergreifenden Prozesse in und zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen haben also an Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlungs- und Ergebnisqualität gewonnen.

³ Der Basispreis (auch Basisfallwert bzw. Baserate) bildet die Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen.

⁴ Diagnosis Related Groups beziehungsweise diagnosebezogene Fallgruppen.

⁵ Die Mandatsnehmerin besteht aus H+ (Spitäler) und der MTK/ZMT (Zentralstelle für Medizinaltarife UVG).

⁶ H+ Die Spitäler der Schweiz.

⁷ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

⁸ Krummenacher et al., 2012, S. 5 und 6.

– *Fixer Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und Kanton*

Die Vergütungen für die stationären Behandlungen werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig und nach einem fixen Schlüssel übernommen. Ab dem Jahr 2017 beträgt der kantonale Anteil mindestens 55 Prozent. Im Jahr 2015 beläuft sich dieser im Kanton Luzern noch auf 51 Prozent und im Jahr 2016 auf 53 Prozent. Dieser Kostenteiler wird von unserem Rat festgesetzt.

– *Anlagenutzungskosten als Teil der Fallpauschale*

Vor 2012 wurden die Immobilien der öffentlichen Spitäler alleine und separat durch den Kanton finanziert. Neu ist der Anteil für die Anlagenutzung in der Fallpauschale enthalten. Gemäss der neuen Spitalfinanzierung erhalten öffentliche und private Spitäler den gleichen Investitionskostenanteil von den Versicherern und Kantonen. Der Kanton Luzern beteiligt sich darüber hinaus nicht mehr an den Investitionskosten der Spitäler.

4.2 Gesetzesanpassungen auf kantonaler Ebene

Im Hinblick auf die Öffnung des Spitalmarktes und zur Stärkung ihrer Wettbewerbsfähigkeit hat der Kanton Luzern die kantonalen Spitäler und die Luzerner Psychiatrie schon per 1. Januar 2008 rechtlich verselbstständigt. Deren Kompetenzen und Zuständigkeiten wurden von Ihrem Rat im kantonalen Spitalgesetz neu geregelt. Dieses wurde in der Volksabstimmung vom 26. November 2006 angenommen und trat am 1. Juli 2007 und am 1. Januar 2008 in Kraft. Zudem hat Ihr Rat dem Luzerner Kantonsspital und der Luzerner Psychiatrie die Gebäude per 1. Januar 2011 im Baurecht übertragen.

Das geänderte Bundesrecht erforderte angepasste Ausführungsbestimmungen im kantonalen Recht, was zu einer Überarbeitung des kantonalen Spitalgesetzes per 1. Januar 2012 geführt hat. Neu wurde ein Kapitel über die Spitalplanung und die Spitalfinanzierung eingefügt. Darin werden insbesondere die Zuständigkeiten des Regierungsrates für die Vornahme der Spitalplanung, die Erstellung der Spitalliste und die Festlegung des vom Kanton zu tragenden prozentualen Anteils an den stationären Spitalleistungen geregelt. Weiter wurde eine Rechtsgrundlage für die Erteilung von Leistungsaufträgen und -vereinbarungen an alle Spitäler und Geburtshäuser, die unser Rat in die Spitalliste aufnehmen will, geschaffen.

4.3 Kosten und Kostenentwicklung

4.3.1 Gesamtkosten des Gesundheitswesens in Relation zum BIP

Die gesamten Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens sind von 2001 bis 2013 jährlich durchschnittlich um 3,6 Prozent angestiegen.⁹ In absoluten Zahlen stiegen die Kosten im gleichen Zeitraum von 45,6 Milliarden auf 69,2 Milliarden Franken (BFS, 2015).

Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) betrug im Jahr 2013 in der Schweiz rund 11 Prozent, während Anfang der 90er-Jahre die Quote noch bei rund 9 Prozent lag.¹⁰

Tabelle 2: Entwicklung der Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen, in Relation zum BIP, 2001–2013

Jahr	Kosten des Gesundheitswesens in Mio. Fr.	BIP in Mio. Fr.	Gesundheitskosten in % des BIP
2001	45 573	470 214	9,7
2002	47 389	469 338	10,1
2003	49 265	474 015	10,4
2004	51 008	489 369	10,4
2005	52 043	507 463	10,3
2006	52 773	538 125	9,8
2007	55 215	573 080	9,6
2008	58 426	597 381	9,8
2009	60 981	587 061	10,4
2010	62 495	606 146	10,3
2011	64 566	618 325	10,4
2012	67 533	623 943	10,8
2013	69 227	634 854	10,9

Datenquelle: BFS, 2015, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

4.3.2 Gesundheitskosten im internationalen Vergleich

Für die gesamtwirtschaftliche Beurteilung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum BIP bedeutend. Die USA weisen im Vergleich zu den OECD-Ländern mit 16,2 Prozent den höchsten Anteil aus. Die Schweiz liegt mit einem Anteil von 11 Prozent am BIP im Jahr 2013 an fünfter Stelle. Jedoch ist auch die Lebenserwartung in der Schweiz mit knapp 83 Jahren die dritthöchste. Die OECD spricht in Bezug auf die Schweiz von einem qualitativ hochwertigen, leistungsstarken und frei zugänglichen Gesundheitssystem. Allerdings verweist sie auch auf andere Länder, die mit einem geringeren Ressourceneinsatz gleichwertige Leistungen im Gesundheitswesen erbringen.¹¹

⁹ Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS). Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen, T. 14.5.1.1 und T. 14.5.2.2.

¹⁰ Der prozentuale Anteil der Gesundheitskosten am BIP ist eine Quote, die den Anteil der wirtschaftlichen Ressourcen für das Gesundheitswesen zeigt.

¹¹ OECD, WHO (2011), Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011, Paris.

Bis im Jahr 2027 rechnet die Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) für die Schweiz mit einem Anteil am BIP von rund 13 Prozent (bis im Jahr 2060 mit 15,8%). Dies sei einerseits etwa zur Hälfte aufgrund von demografisch bedingten Entwicklungen und andererseits auf Einflussfaktoren wie die steigende Nachfrage nach Leistungen, den medizinischen Fortschritt und die Lohnkosten zurückzuführen.¹²

Tabelle 3: Gesundheitsausgaben 2013 in ausgewählten OECD-Ländern, Anteil am BIP

Länder	Gesundheitsausgaben in % des BIP
USA	16,2
Niederlande	11,1
Frankreich	11,1
Deutschland	11,0
Schweiz	11,0
Kanada	10,9
Schweden	8,9
Vereinigtes Königreich	8,8
Italien	8,6
Finnland	8,5
Irland	8,5

Datenquelle: OECD StatExtracts, BFS 2015

4.3.3 Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Bruttokosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)¹³ werden am häufigsten diskutiert, weil sie sich direkt in den Krankenversicherungsprämien niederschlagen. Allerdings stellen sie nur einen Teil der gesamten Gesundheitskosten dar. Alle Sozialversicherer zusammen decken etwa 42 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Daneben sind folgende Mitfinanzierer zu erwähnen: Kantone (mindestens 55% der spitalstationären Leistungen, Prämienverbilligung), die Gemeinden (Restfinanzierung bei Pflegeheimen und Spitex), die Selbstzahler (Kostenbeteiligung, Selbstbehalt, Direktkauf, Zahnarzt usw.) sowie die Haftpflichtversicherer. Eine Zusammenstellung der verschiedenen Kostenträger findet sich in Anhang 3.

4.3.3.1 Entwicklung der gesamten Bruttokosten OKP im Kanton Luzern

Die folgende Tabelle zeigt die Kosten und deren Entwicklung betreffend die Luzerner Wohnbevölkerung nach Leistungserbringergruppen zwischen 2005 und 2012:

Tabelle 4: Bruttokosten OKP nach Leistungserbringergruppen für den Kanton Luzern, 2005–2012 (in Mio. Fr.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	JDV ¹⁴ in %	Anteil 2012
Spital stationär	194,5	199,3	208,8	210,1	235,4	239,3	231,4	265,1	4,5	24,2
Spital ambulant	132,5	122,7	135,2	157,4	176,0	190,4	215,3	222,1	7,7	20,3
Grundversorgung ¹⁵	211,6	203,7	211,8	221,6	227,2	227,5	231,1	238,0	1,7	21,7
Fachmedizin	99,0	102,2	110,8	116,5	117,4	117,9	122,9	129,3	3,9	11,8
Apotheken	27,4	28,8	29,5	31,6	35,2	36,4	38,5	45,5	7,5	4,2
Spitex	12,2	13,1	14,0	14,5	15,8	16,9	19,5	21,1	8,2	1,9
Zahnärztinnen/-ärzte	4,0	3,8	4,0	4,2	4,1	3,8	3,7	4,0	-0,1	0,4
Übrige	145,2	141,8	153,2	161,5	165,9	169,8	165,3	169,9	2,3	15,5
Total	826,4	815,4	867,3	917,6	976,9	1002,0	1027,8	1095,0	4,1	100,0

Quelle: Datenpool Sasis AG / Auswertung Obsan

Zwischen 2005 und 2012 sind die gesamten Bruttokosten der OKP im Kanton Luzern von 826 Millionen auf 1,095 Milliarden Franken gestiegen, also um 32,5 Prozent. Das entspricht einer durchschnittlichen Zunahme von jährlich 4,1 Prozent. In derselben Periode stiegen die Kosten in der Zentralschweiz um 34,3 Prozent und in der Schweiz um 27,4 Prozent. Das grösste Kostenwachstum ist bei der Spitex und bei den ambulanten Spitalleistungen zu verzeichnen. Bei der Spitex ist zu beachten, dass die Kosten für die OKP verhältnismässig gering sind, weil hier die Krankenversicherer nur fixe Beiträge bezahlen und nicht einen Anteil an die effektiven Kosten.

In der Periode 2005 bis 2012 haben die Bruttokosten «Spital stationär» um 36,3 Prozent zugenommen, während diejenigen der Gruppe «Spital ambulant» um 67,7 Prozent gewachsen sind. Zusammen machen diese zwei Bereiche im Jahr 2012 einen Anteil von fast 45 Prozent aller Bruttokosten von 1,095 Milliarden Franken aus. Der ambulante Sektor hat stark an Bedeutung gewonnen. Das gilt auch auf gesamtschweizerischer Ebene. Diese Verschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich ist aus volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Gründen erwünscht. In absoluten Zahlen bilden die stationären Spitalleistungen mit 265 Millionen Franken aber immer noch den grössten Teil.

¹² EFV, 2012, S. 64 und 65.

¹³ Die für die Analyse verwendeten Variablen werden im Anhang 2 erklärt.

¹⁴ Jahresdurchschnittliche Veränderung.

¹⁵ Als Grundversorger gelten Ärztinnen und Ärzte von folgenden Fachrichtungen (Titelträger): Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktischer Arzt.

Weitere Kostenblöcke sind die «ärztliche Grundversorgung» mit 238 Millionen Franken (22%), die «Fachmedizin» respektive die fachärztliche Versorgung mit 129 Millionen Franken (12%) und schliesslich die Gruppe der «Übrigen» (mit 170 Mio. Fr.). Bei den «Übrigen» sind die Pflegeheimkosten von rund 91 Millionen Franken enthalten. Bemerkenswert – aber im schweizerischen Durchschnitt – ist der Kostenanstieg bei der «Fachmedizin» mit über 30 Prozent. Schliesslich sind auch die Kosten bei den «Apotheken» und bei der «Spitex» in dieser Zeitspanne relativ stark angestiegen (um 66 und 74%), wenn auch auf tiefem Niveau (45,5 Mio. und 21,1 Mio. Fr.).

4.3.3.2 Bruttokosten in der OKP pro versicherte Person im Kanton Luzern

Die Tabelle 5 zeigt die Durchschnittskosten in der OKP pro versicherte Person für ausgewählte Kantone und die Schweiz im Jahr 2012. Sie lagen im Kanton Luzern bei 2837 Franken pro Person, was ungefähr dem Durchschnitt der aufgeführten Kantone entspricht, aber deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt liegt.

Tabelle 5: Bruttokosten OKP in Franken pro versicherte Person nach Leistungserbringergruppen und Wohnkanton, 2012

Kantone	BE	CH	ZH	AG	SZ	SG	LU	ZG	UR	NW	OW
Leistungserbringergruppen											
Spital stationär	845	741	694	798	691	753	687	663	704	682	620
Spital ambulant	605	592	549	579	518	475	576	489	523	574	601
Grundversorgung	495	467	527	351	654	604	617	505	600	534	629
Fachmedizin	455	481	589	387	421	436	335	470	333	330	268
Apotheken	363	411	345	507	118	135	118	137	67	115	93
Spitex	105	76	64	50	43	52	55	45	55	56	54
Zahnärztinnen/-ärzte	9	8	9	9	9	9	10	8	16	9	10
Übrige	549	483	465	375	413	383	440	420	405	391	400
Total	3425	3260	3242	3057	2865	2847	2837	2736	2704	2692	2676

Quelle: Datenpool Sasis AG / Auswertung Obsan

Die zum Teil grossen Unterschiede zwischen den Kosten bei der ärztlichen Grundversorgung und bei den Apotheken sind hauptsächlich auf die unterschiedlichen Regelungen bei der Medikamentenabgabe zurückzuführen. In den Zentralschweizer Kantonen dürfen die Ärztinnen und Ärzte regelmässig selber Medikamente abgeben, während es zum Beispiel im Kanton Aargau der Ärzteschaft grundsätzlich verboten ist, Medikamente abzugeben. Entsprechend sind die Kosten in den Kategorien «Grundversorgung» und «Apotheken» höher oder tiefer. In den Kantonen Bern und Zürich gelten Mischsysteme.

4.3.4 Beiträge des Kantons Luzern

Die neue Spitalfinanzierung führt beim Kanton Luzern zu erheblichen Mehrkosten. Die Gründe dafür liegen unter anderem darin, dass sich die Kantone seit 2012 an sämtlichen stationären Behandlungskosten beteiligen, die in einem Listenspital vorgenommen werden. Bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung bezahlte der Kanton Luzern praktisch nur Behandlungen im Luzerner Kantonsspital (LUKS) und in der Luzerner Psychiatrie (Lups). Ausserdem müssen sich die Kantone gemäss Bundesgesetzgebung ab 2017 mit mindestens 55 Prozent an den stationären Behandlungskosten beteiligen. Vor 2012 bezahlte der Kanton Luzern knapp 50 Prozent der entsprechenden Kosten.

Diese beiden Faktoren führen zusammen mit der Mengenzunahme und der Teuerung bei den Leistungen dazu, dass sich für den Kanton Luzern die jährlichen Gesamtkosten für stationäre Behandlungen von 276,6 Millionen Franken (Jahr 2011) auf 322,5 Millionen Franken (2014) erhöht haben beziehungsweise auf 375,7 Millionen Franken (2017) ansteigen werden. Dies bedeutet einen Anstieg von 99 Millionen Franken in sechs Jahren.

Die folgende Tabelle zeigt detailliert auf, welche finanziellen Beiträge der Kanton Luzern für die stationären Behandlungen in den Jahren 2011 bis 2014 aufgewendet hat.

Tabelle 6: Luzerner Kantonsbeiträge in Franken an stationär erbrachte Leistungen in den Spitälern (inkl. GWL), von 2011 bis 2014

Kantonsbeiträge an ...	2011	2012	2013	2014
LUKS	212 247 000*	157 517 320	164 586 795	170 179 520
Lups	45 500 000*	26 626 226	31 714 864	31 151 151
ausserkantonale Behandlungen**	18 848 368	38 634 986	44 551 663	44 303 754
Hirslanden-Klinik St. Anna		43 896 340	44 390 670	47 995 188
SPZ Nottwil		4 360 109	4 117 506	3 315 140
Hirslanden-Klinik Meggen ¹⁶		1 984 565	1 960 881	2 116 102
Geburtshaus Terra Alta		628 292	720 466	885 452
Therapiezentrum Meggen		692 783	512 310	508 938
Cereneo		0	56 052	41 160
Klinik Sonnmatt		748 673	0	0
Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)***	*	27 155 429	21 927 400	22 032 103
Total Beiträge / Kosten des Kantons	276 595 368	302 244 723	314 538 607	322 528 508

Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

* Jahr 2011: inkl. GWL an LUKS und Lups als Bestandteil des damaligen Globalkredits.

** In den ausserkantonalen Behandlungen im Jahr 2011 sind enthalten:

- Beiträge für Leistungen in ausserkantonalen Spitälern (in der Regel Notfallbehandlungen).
- Beiträge für Leistungen in ausserkantonalen Grenzspitälern (z. B. Muri, Menziken, Zofingen).
- Behandlungen, die das LUKS oder die Lups nicht oder nur teilweise abdecken konnten; also beispielsweise neurochirurgische Leistungen an der Hirslanden-Klinik St. Anna und am Kantonsspital Aarau und Leistungen im Bereich Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie sowie Schmerzen am Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ).

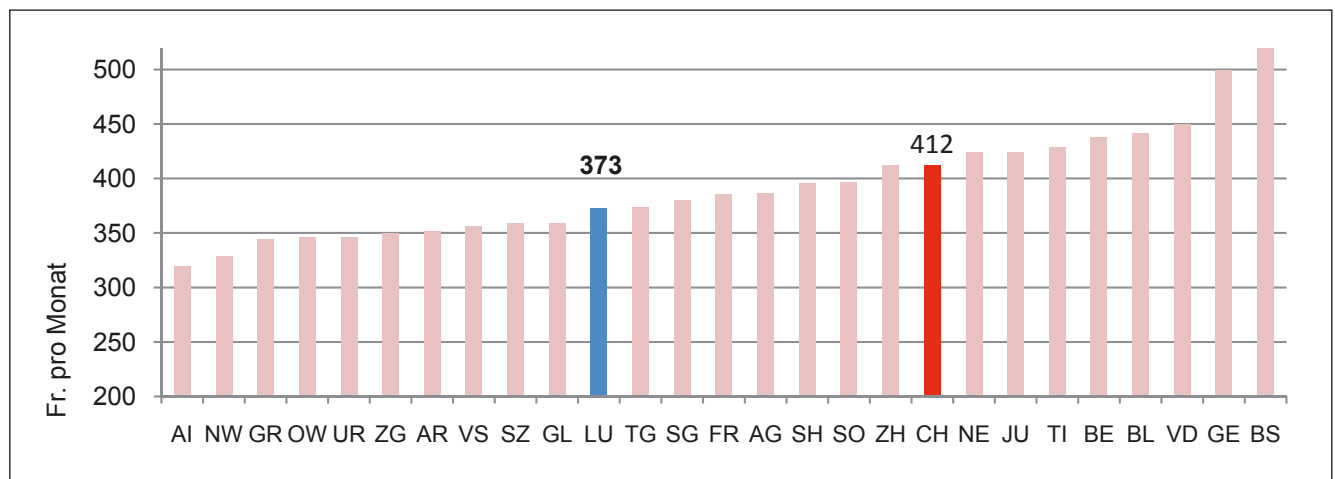
*** Gemäss dem KVG und dem kantonalen Spitalgesetz dürfen die Vergütungen der stationären Behandlung keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) enthalten. Zur Sicherstellung der Spitalversorgung kann der Kanton den Listenspitalern im Rahmen der verfügbaren Mittel und der Leistungsaufträge Staatsbeiträge für die Erbringung von GWL gewähren. Dazu gehören unter anderem die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die universitäre Lehre (erteilte ärztliche Weiterbildung an Assistenzärztinnen und -ärzten) oder spitalgebundene, versorgungspolitisch sinnvolle Leistungen (soweit diese nicht durch Vergütungen der Patientinnen und Patienten und der Versicherer gedeckt sind), wie zum Beispiel die Sanitätsnotrufzentrale oder der Kinderschutz.

4.4 Kantonale Durchschnittsprämien

4.4.1 Interkantonaler Prämienvergleich und Prämienentwicklung

Die kantonalen Durchschnittsprämien in der OKP differieren zwischen den Kantonen stark. Während die Prämien für Erwachsene (mit Unfalldeckung und Franchise von 300 Fr.) im Jahr 2015 im günstigsten Kanton Appenzell Innerrhoden 320 Franken betragen, belaufen sich diese im teuersten Kanton Basel-Stadt auf 533 Franken. Der Kanton Luzern liegt mit 373 Franken deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt von 412 Franken.

Abbildung 1: Durchschnittsprämie für Erwachsene in der OKP 2015, nach Kanton



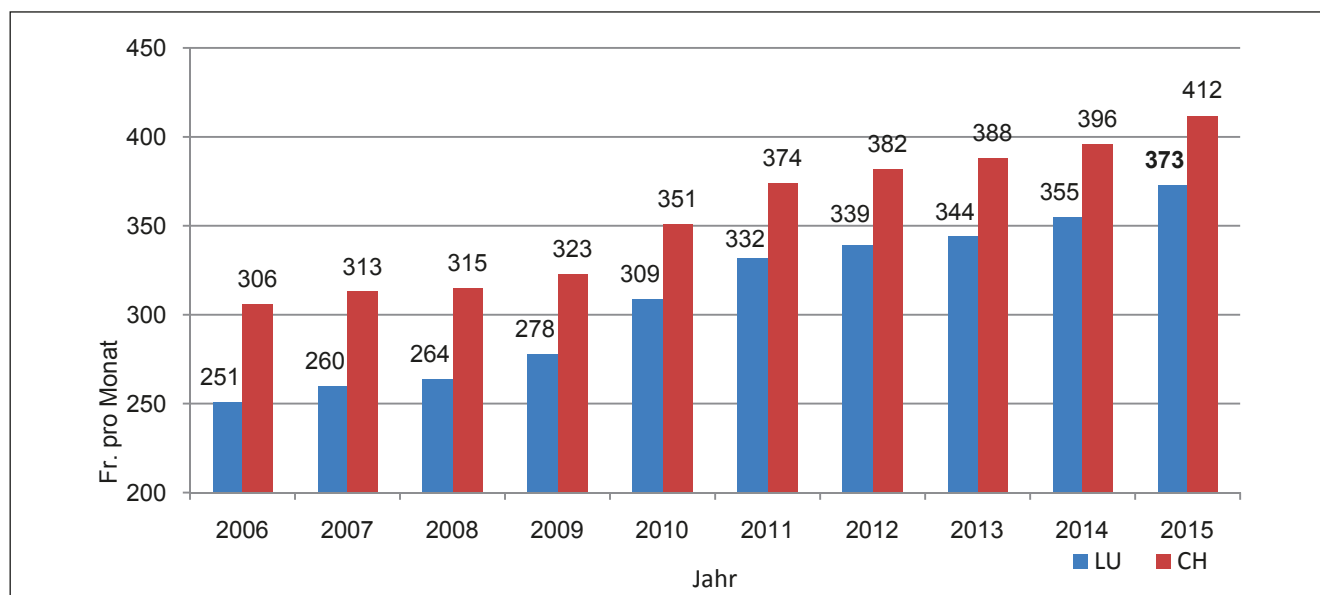
Datenquelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Der Anstieg bei den Durchschnittsprämien von 2006 bis 2015 beträgt im Kanton Luzern 49 Prozent, während die schweizerische Durchschnittsprämie um rund 35 Prozent angestiegen ist. Der jährlich durchschnittliche Anstieg im Kanton Luzern betrug in dieser Periode 4,5 Prozent.

Der stärkere Anstieg im Kanton Luzern darf nicht allein mit einem Wachstum der OKP-Leistungen erklärt werden. Auch andere Aspekte wie Tariffhöhe und Tarifentwicklung, die Änderung des kantonalen Vergütungsanteils bei stationären Spitalleistungen oder die Reserve- und Preisfestsetzungspolitik der Krankenversicherer in den letzten Jahren spielen eine wesentliche Rolle.

¹⁶ Vormalis: Swissana Clinic Meggen.

Abbildung 2: Entwicklung der Durchschnittsprämie für Erwachsene im Kanton Luzern von 2006 bis 2015

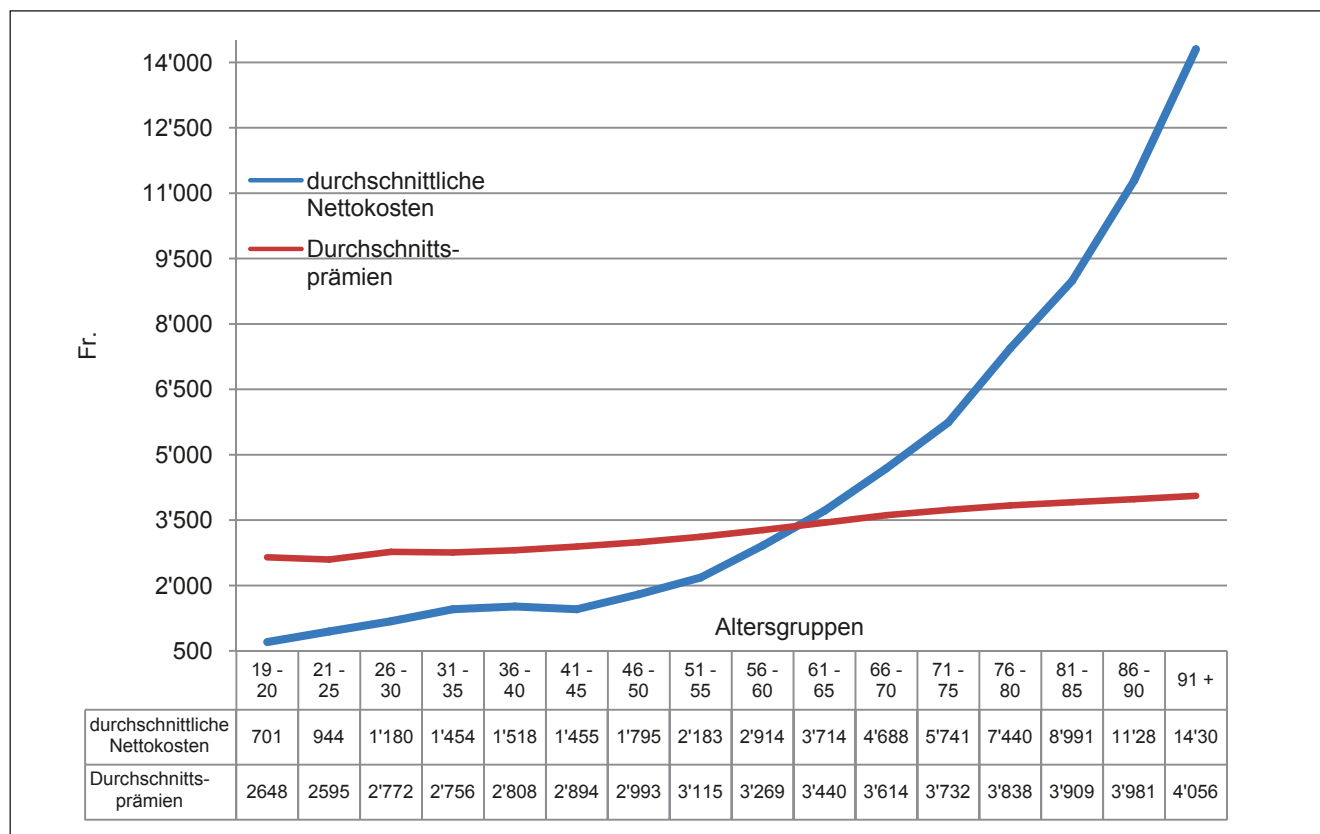


Datenquelle: BAG

4.4.2 Kosten und Prämien nach Altersgruppen im Kanton Luzern

Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Nettokosten (blaue Linie) und die Durchschnittsprämien¹⁷ (rote Linie) nach Altersklassen für das Jahr 2012 in der OKP. Personen bis zum 60. Altersjahr zahlen durchschnittlich mehr Prämien als sie Kosten verursachen. Danach dreht sich das Verhältnis. Ab dem 61. Altersjahr liegen die Kosten deutlich über den Prämien, die diese Altersgruppe bezahlt.

Abbildung 3: Durchschnittliche Nettokosten und Prämien pro versicherte Person nach Altersgruppen, Kanton Luzern, 2012



Datenquelle: Obsan

¹⁷ Die Kurve der Durchschnittsprämien steigt deshalb leicht an, weil ältere versicherte Personen tendenziell tiefere OKP-Franchisen wählen und/oder weniger besondere Versicherungsformen (HMO, Hausarztssystem, usw.) abschliessen.

4.5 Prämienverbilligung

Im Sinn eines sozialen Ausgleichs sieht das KVG vor, dass die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Bundes- und Kantonsbeiträge verbilligt werden. Für den Vollzug der Prämienverbilligung sind die Kantone zuständig. Diese bezahlen die Prämienverbilligungsbeiträge seit dem 1. Januar 2014 direkt an die Krankenversicherer der anspruchsberechtigten Personen.

Im Jahr 2013 hatten im Kanton Luzern jene Personen Anspruch auf Prämienverbilligung, bei denen die regionalen Richtprämien 16,5 Prozent des massgeblichen Einkommens überstiegen. Dieser anspruchsbestimmende Prozentsatz ist seit dem Jahr 1999 kontinuierlich angehoben worden. Damals betrug er 7 Prozent.

Fast ein Drittel der Bevölkerung im Kanton Luzern hat im Jahr 2013 diese Voraussetzungen erfüllt. Im Detail präsentieren sich die Zahlen wie folgt:

Tabelle 7: Individuelle Prämienverbilligung, anspruchsbestimmender Prozentsatz und Auszahlungen seit 2005 im Kanton Luzern

Jahr	anspruchsbestimmender Prozentsatz	berechtigte Personen		Zahlungen ¹⁸ in Fr. 1000
		Anzahl	in Prozent der mittleren Wohnbevölkerung	
2005	10,0	138 963	38,9	145 702
2006	11,5	126 821	35,3	140 897
2007	14,5	148 981	41,0	154 941
2008	14,5	135 792	36,9	151 829
2009	14,5	126 052	33,9	145 792
2010	14,5	130 670	34,7	161 669
2011	16,5	125 033	32,9	169 273
2012	16,5	123 644	32,2	171 345
2013	16,5	123 846	32,4	177 253
2014 ¹⁹	10,0	111 258	29,0	161 011

Datenquelle: Ausgleichskasse Luzern

Im Jahr 2013 wurden in der ganzen Schweiz total rund 4,24 Milliarden Franken für die Prämienverbilligung ausbezahlt. Der Bundesanteil belief sich dabei auf rund die Hälfte (2,18 Mrd. Fr. bzw. 51,4%).

Im Jahr 2012 bezogen in der Schweiz rund 2,3 Millionen Personen Prämienverbilligungen. Dies entsprach 29 Prozent aller Versicherten. Kinder, Jugendliche und ältere Personen erhalten am meisten Prämienverbilligung (vgl. dazu BAG, 2014).

4.6 Ausblick

4.6.1 Kostenanstieg bleibt

In den letzten Jahren sind die Gesundheitskosten jedes Jahr um knapp 4 Prozent angestiegen, und es muss davon ausgegangen werden, dass diese sich auch in Zukunft nicht stabilisieren oder gar abnehmen werden. Dafür gibt es vor allem zwei Gründe, die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt.

Die höhere Lebenserwartung und die Tatsache, dass die geburtenstarken Jahrgänge ins Rentenalter kommen, führen zu grossen demografischen Veränderungen. Mit der Alterung der Gesellschaft nimmt auch die Anzahl chronisch oder multimorbid Erkrankter zu, und der Pflegebedarf wird markant grösser. Dies und die schlichte Gegebenheit, dass die Bevölkerung wächst, führen zwangsläufig zu grossen Mehrkosten.

Der zweite wichtige Grund für den Kostenanstieg ist der medizinische Fortschritt. Laufend kommen neue Diagnose-, Operations- und Therapiemöglichkeiten auf den Markt, welche die Lebensqualität und -erwartung erhöhen, gleichzeitig jedoch auch den Konsum an Versorgungsleistungen steigern. So kommen beispielsweise in der Schweiz jedes Jahr 80 bis 100 neue Medikamente auf den Markt, und immer mehr davon sind in aufwendiger Forschungsarbeit entstanden und deshalb oft auch teuer. Das dürfte in Zukunft nicht anders sein. Im Gegenteil, Gentechnik, Bio- und Nanotechnologie, Stammzellenforschung und individualisierte Medizin haben noch ein sehr grosses Potenzial.

Diese Entwicklung hat durchaus auch positive und gewünschte Effekte. Insbesondere erreichen immer mehr Menschen bei guter Lebensqualität ein hohes Alter. Viele einst tödliche Krankheiten sind heute heilbar, andere sind kontrollierbar und damit zu chronischen Erkrankungen geworden. Und auch die Wirtschaft profitiert. Das Gesundheitswesen ist mit Ausgaben von rund 70 Milliarden Franken enorm wichtig für die Wertschöpfung. Steigende Gesundheitsausgaben beeinflussen das Bruttoinlandprodukt positiv und schaffen Arbeitsplätze. Mehr Gesundheit führt zu mehr Produktivität und weniger Absenz am Arbeitsplatz.

Eine Stabilisierung oder gar Senkung der Gesundheitsausgaben ist deshalb sehr unwahrscheinlich. Das könnte nur mit einem Leistungsabbau erreicht werden oder wenn nicht mehr alle Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung bezahlt würden. Letzteres wird zwar immer wieder diskutiert. Dass aber in absehbarer Zeit Leistungen aus der Grundversicherung gestrichen werden, um die Kosten zu senken, ist eher unwahrscheinlich. Hingegen wird bei der Zulassung neuer Therapie- und Diagnose-

¹⁸ Ohne Auszahlungen an Gemeinden für Rückvergütungen uneinbringlicher Krankenversicherungsprämien.

¹⁹ Massgebliches Einkommen für die Prämienverbilligung:

bis 2013: steuerbares Einkommen zuzüglich 10 Prozent des steuerbaren Vermögens.

ab 2014: Nettoeinkommen mit verschiedenen Auf- und Abrechnungen zuzüglich 10 Prozent des Nettovermögens. Dieses Einkommen dient als Grundlage zur Berechnung des Anspruchs auf individuelle Verbilligung der Krankenkassenprämien (IPV).

möglichkeiten zu Recht immer häufiger die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis gestellt, sodass nicht jede neue Errungenschaft in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgenommen wird. Das bewirkt zwar eine gewisse Kontrolle des Kostenwachstums, aber keine Kostenstabilisierung.

4.6.2 Kostenverschiebung zulasten der Kantone

Weil die Gesundheitskosten laufend überdurchschnittlich stark wachsen, ist die Frage, wie gross der Kostenanteil der Krankenversicherer einerseits und der öffentlichen Hand andererseits sein soll, schon seit Langem ein Zankapfel der Politik. Mit Inkrafttreten der neuen Spital- und Pflegefinanzierung fand letztmals eine massive Kostenverschiebung zulasten der öffentlichen Hand statt.

Der Kanton ist für die Spitalfinanzierung zuständig. Spätestens ab dem Jahr 2017 muss er mindestens 55 Prozent der stationären Spitalbehandlungskosten gemäss dem KVG übernehmen. Im Jahr 2014 musste er bereits rund 65,7 Millionen Franken mehr als im Jahr 2010 übernehmen (Gesamtkosten 2014: 318 Mio. Fr.). Ab 2017, wenn der Kanton 55 Prozent der Kosten der stationären Spitalbehandlungen übernehmen muss, wird sich der Mehraufwand auf über 100 Millionen Franken pro Jahr erhöhen. Der grösste Teil davon ist rein systembedingt aufgrund der neuen Kostenverteilung zwischen Krankenversicherern und Kanton.

Die Gemeinden müssen sich an den Kosten der Langzeitpflege beteiligen (Spitex und Pflegeheime). Von 2010 bis 2014 stieg für sie der Mehraufwand um 59,7 Millionen Franken (Gesamtkosten 2014: 108,3 Mio. Fr.).

Weil einerseits die Gesundheitskosten auch in Zukunft schneller als die übrigen Lebenshaltungskosten ansteigen werden und weil andererseits für viele bereits heute die Schmerzgrenze bei den Krankenversicherungsprämien erreicht oder überschritten ist, muss davon ausgegangen werden, dass künftig weitere Kosten auf die öffentliche Hand überwältzt werden. Im eidgenössischen Parlament sind bereits verschiedene Vorstösse hängig, wonach sich die Kantone zukünftig auch an den Kosten für die ambulanten Spitalbehandlungen beteiligen sollen. Gemäss der heutigen Regelung müssen die Kantone, wie oben erwähnt, nur die stationären Behandlungen mitfinanzieren. Selbst wenn die Mitfinanzierung der ambulanten Spitalbehandlungen für die Kantone zu Beginn kostenneutral ausgestaltet würde, hätte dies sehr schnell sehr grosse Mehrkosten für die Kantone zur Folge. Denn beim spitalambulanten Bereich handelt es sich um einen sehr kostendynamischen Bereich. Auch bei der Prämienverbilligung wird der Druck noch grösser werden.

4.6.3 Geringe Handlungsmöglichkeiten

Die Einflussmöglichkeiten auf die Kosten und die Kostenentwicklung sind für den Kanton sehr begrenzt. Mit der neuen Spitalfinanzierung sind die allermeisten stationären Spitalbehandlungskosten zu gebundenen Ausgaben geworden. Die Vergütung an die Spitäler erfolgt schweizweit nach einem einheitlichen System, nämlich über leistungsbezogene Fallpauschalen (Tarifstruktur Swiss-DRG). Die Verhandlungen für die Basispreise obliegen den Tarifpartnern, also den Versicherern und den Spitälern. Können sich diese nicht einigen, muss die jeweilige Regierung einen Tarif festsetzen. Dagegen können die Tarifpartner Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben (vgl. dazu 4.1 «Die neue Spitalfinanzierung»). Bei den Basispreisen spielen die spitalindividuellen Kosten eine sehr untergeordnete Rolle. Vielmehr werden diese aufgrund eines gesamtschweizerischen Benchmarks bestimmt.

Die Finanzierung der Langzeitpflege (Spitex und Heime) liegt nicht in der Kompetenz des Kantons, sondern der Gemeinden. Es wird deshalb an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen.

4.6.4 Stellung der öffentlichen Spitäler und Einflussnahme des Kantons

Weil mit der neuen Spitalfinanzierung die öffentlichen und die privaten Spitäler bezüglich der Finanzierung gleichgestellt wurden und weil die Anlagenutzungskosten bereits in den Fallpauschalen enthalten sind, hat der Kanton Luzern seine Spitäler rechtlich verselbständigt und ihnen auch die Gebäude im Baurecht übertragen. Um den Wettbewerb spielen zu lassen, sollen öffentliche Spitäler und Privatspitäler möglichst gleich lange Spiesse haben. Zur Sicherstellung einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Gesundheitsversorgung erteilt der Kanton sowohl den öffentlichen als auch den privaten Spitälern Leistungsaufträge und schliesst mit ihnen jährliche Leistungsvereinbarungen ab.

Als Eigentümer der öffentlichen Spitäler und um das finanzielle Risiko gering zu halten, hat der Kanton seine Erwartungen und Ziele in der Eignerstrategie definiert. Darin sind auch Vorgaben zum maximalen Verschuldungsgrad und die Ebitda-Marge²⁰ festgehalten, welche der Kanton erwartet. Zeichnet sich ab, dass die Vorgaben nicht erreicht werden, müssen Massnahmen ergriffen werden. Zwischen den Spitälern und unserem Rat findet hierzu ein regelmässiger Austausch statt. Die Spitäler brauchen eine ausreichende Rendite, um die anstehenden Investitionen tätigen und sich weiterentwickeln zu können. Schreiben sie Gewinne, profitiert davon auch der Kanton als Eigentümer in Form von Dividendenzahlungen beziehungsweise der Verzinsung des Dotationskapitals.

Die rechtliche Verselbständigung hat sich bewährt. Allerdings zeichnet sich ab, dass die heutige Unternehmensstruktur den neuen Anforderungen immer weniger genügt. Die kantonsübergreifende Spitalwahlfreiheit, der Fachkräftemangel sowie der steigende Qualitätsanspruch bei anhaltendem Kostendruck werden in Zukunft noch mehr Kooperationen zwischen den Leistungserbringern oder eine Beteiligung an anderen Betrieben erfordern.

Das LUKS ist schon viele Kooperationen und Beteiligungen eingegangen. Erwähnt sei insbesondere die sehr enge Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Nidwalden (Lunis). Zurzeit wird geprüft, wie die beiden Spitäler in einer gemeinsamen Unternehmung zusammenwachsen könnten. In der Psychiatrie läuft ein ähnliches Projekt mit dem Ziel, für die Kantone Obwalden, Nidwalden und Luzern einen gemeinsamen Versorgungsraum zu schaffen. Für solche Entwicklungen ist die öffentlich-rechtliche Anstalt wenig geeignet. Es soll deshalb geprüft werden, ob und wie allenfalls die Unternehmensstrukturen angepasst werden sollen. Der Kanton als Eigentümer hat ein Interesse daran, dass die strategischen Rahmenbedingungen eine rasche, zielgerichtete Zusammenarbeit gestatten und gleichzeitig die damit verbundenen Eigentümer Risiken beschränkt werden.

²⁰ Ebitda = earnings before interest, taxes, depreciation and amortization («Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immateriellen Vermögensgegenständen»).

5 Grundsätze zur Luzerner Gesundheitsversorgungsplanung

Nachfolgend sind unsere wichtigsten Grundsätze für die aktuelle und die künftige Versorgungsplanung im Kanton Luzern aufgeführt.

1. Mit der auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen KVG-Revision wollte der Gesetzgeber in erster Linie mehr *Wettbewerb unter den Spitälern* und die *freie Spitalwahl* einführen. Vor diesem Hintergrund verzichten wir darauf, den Spitälern bestimmte Kapazitäten oder Betten zuzuteilen.
Grundsätzlich soll jedes Spital seine Leistungen anbieten dürfen, sofern hohe Qualitätsstandards und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind. Die Leistungserbringer sollen im Wettbewerb möglichst «gleich lange Spiesse» haben. Die Patientinnen und Patienten verfügen über eine echte Spitalwahlfreiheit.
Wir ergreifen nur dann Massnahmen, wenn die Gesundheitsversorgung qualitativ oder quantitativ nicht genügt.
2. Das medizinische Leistungsangebot im Bereich der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation orientiert sich grundsätzlich am *Bedarf der Bevölkerung*. Die Grundversorgung ist in allen Regionen adäquat sichergestellt. Das Angebot orientiert sich an den gesetzlichen Leistungskriterien der *Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit*.
3. Zentraler Gegenstand der Planung ist das *Leistungsspektrum für den Kanton Luzern und dessen Bevölkerung*. Wir planen die Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der bestehenden Leistungsanbieter. Wenn möglich beziehen wir eine interkantonale Sicht in unsere Planung mit ein, dies immer mit Blick auf die Planungsregion Zentralschweiz und andere grenznahe Regionen.
4. Wir erlassen gestützt auf diese Planung eine Spitalliste mit Leistungsgruppen und erteilen den Spitälern Leistungsaufträge. Auf der Grundlage dieser unbefristeten Leistungsaufträge schliesst das Gesundheits- und Sozialdepartement jährliche Leistungsvereinbarungen mit den einzelnen Spitälern ab.
5. Die Leistungen werden in *guter Qualität* erbracht.
Das Qualitätsniveau hängt auch vom Angebot und der Qualität der Fachpersonen ab. Wir gestalten die Rahmenbedingungen so, dass genügend und gut qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung stehen. Alle Einrichtungen stehen in der Pflicht, bedarfsgerecht *Gesundheitspersonal aus- und weiterzubilden*.
6. Wir unterstützen eine für die ganze Versorgungsregion *enge Kooperation und Koordination der Leistungsanbieter* (Versorgungskette).
7. In den *kantonalen Gesetzen* (Gesundheitsgesetz, Spitalgesetz) wird auch in Zukunft an einer wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung für die Luzerner Bevölkerung festgehalten.
8. Die Erstversorgung ist bei Notfallsituationen im ganzen Kantonsgebiet gewährleistet.
9. Gesundheitsförderung und Prävention haben im Kanton einen hohen Stellenwert.
10. Der Planungshorizont umfasst acht Jahre. Wir überprüfen die Planung hinsichtlich der neuen Bedürfnisse, Bedarfsprognosen und Entwicklungen laufend.
11. Die Patientenrechte sind gewährleistet. Der Mensch ist der Mittelpunkt des Handelns. Seine Würde und Privatsphäre wird geachtet.
12. Der medizinisch-technische und wissenschaftliche Fortschritt fliesst in die Versorgungsleistungen ein; dies unter Berücksichtigung von ethischen und wirtschaftlichen Aspekten.

6 Einflussfaktoren des künftigen Bedarfs

Der künftige Bedarf an Gesundheitsleistungen hängt stark von demografischen Entwicklungen ab, insbesondere bezüglich der deutlich höheren Lebenserwartung und des prognostizierten starken Anstiegs des Bevölkerungswachstums (10,2% zwischen 2015 und 2035).

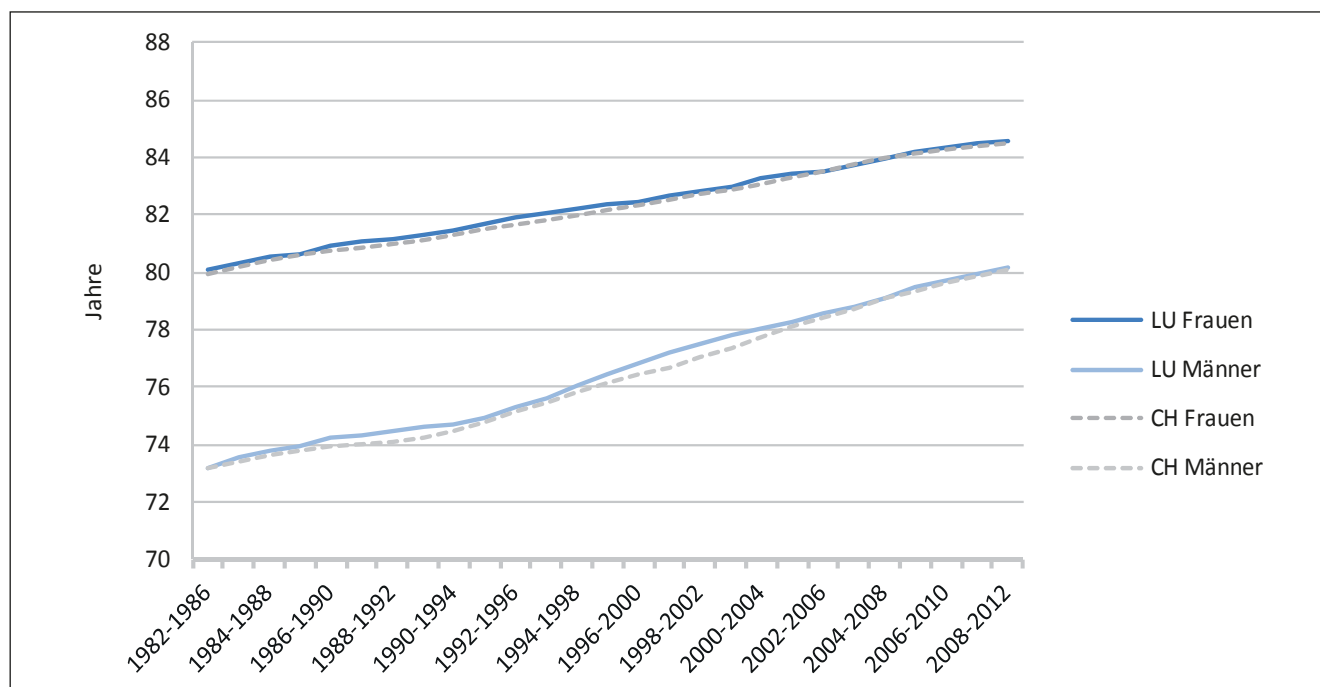
Weitere Faktoren beeinflussen den Bedarf und den Bezug von medizinischen Leistungen: die Zunahme chronischer Krankheiten, Mehrfacherkrankungen, die Anspruchshaltung, der medizinische Fortschritt und die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungsangeboten.

6.1 Demografie

6.1.1 Lebenserwartung

Seit Anfang der Achtzigerjahre ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei den Frauen um etwa fünf und bei den Männern um sieben Jahre gestiegen.

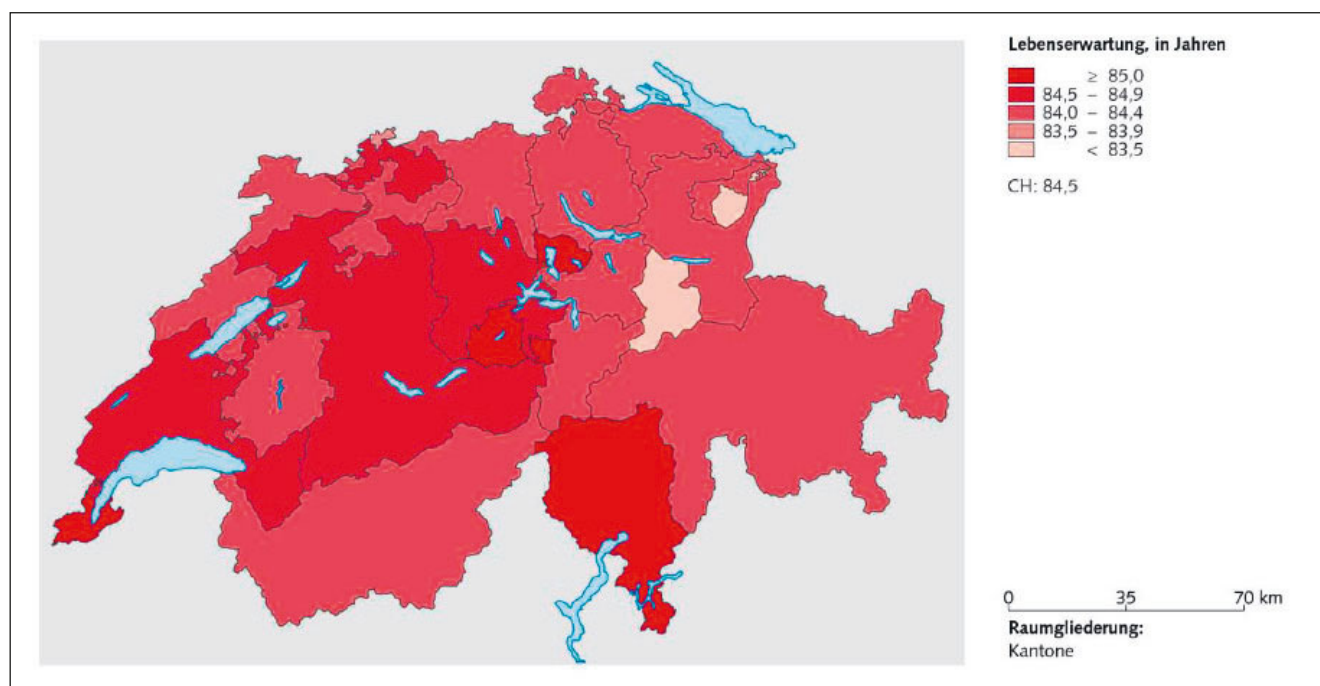
Abbildung 4: Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, Fünfjahresdurchschnitte 1982–2012



Quelle: BFS, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 1982–2012 © Obsan

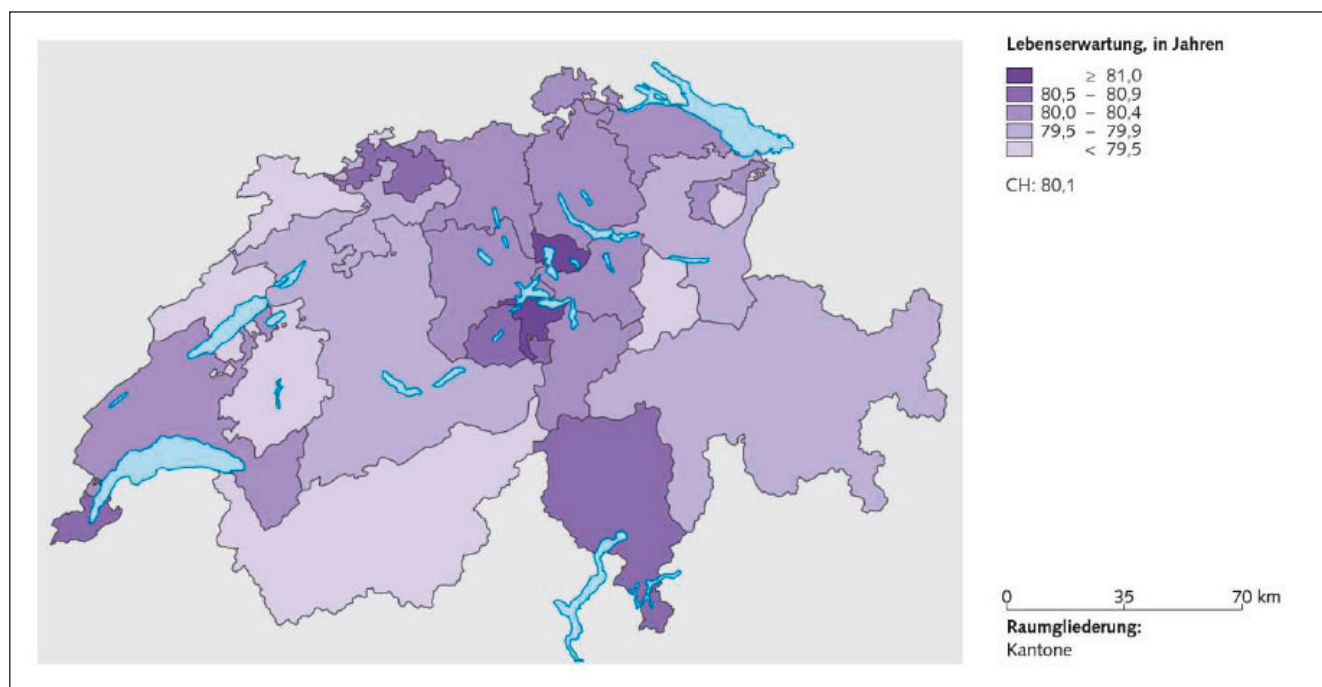
Für die Luzerner Bevölkerung lässt sich zwischen 2008 und 2012 eine Lebenserwartung von 84,6 Jahren für Frauen und von 80,1 Jahren für Männer errechnen. Sie entspricht ziemlich genau dem Schweizer Durchschnitt.

Abbildung 5: Lebenserwartung der Frauen bei der Geburt, Durchschnitt 2008–2012



Quelle(n): BFS, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) © BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Abbildung 6: Lebenserwartung der Männer bei der Geburt, Durchschnitt 2008–2012



Quelle(n): BFS, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) © BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

6.1.2 Bevölkerungswachstum

Das Bundesamt für Statistik (BFS) und Lustat Statistik Luzern publizieren regelmässig Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung²¹. Dabei werden drei Szenarien berechnet. Das mittlere ist das Referenzszenario und führt die im Laufe der letzten Jahrzehnte beobachteten Entwicklungen fort.

Gemäss diesem Szenario wird die Bevölkerung des Kantons Luzern zwischen 2015 und 2035 gesamthaft um 10,2 Prozent von über 396 000 auf rund 437 000 Personen ansteigen. Während die Zahl der Kinder und Jugendlichen um 6,3 Prozent wächst, geht die Zahl der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter um 3,5 Prozent von 246 000 auf rund 238 000 zurück. Dagegen erhöht sich die Zahl der Personen im Pensionsalter massiv um 64 Prozent, nämlich von 68 000 auf über 112 000 Personen. Im Jahr 2035 wird die Zahl der Personen im Pensionsalter nach diesem Szenario fast die Hälfte der Anzahl erwerbsfähiger Personen betragen.

Bis im Jahr 2035 würde nach dem mittleren Referenzszenario der Anteil der Personen im Rentenalter (65+ Jahre) an der gesamten Kantonsbevölkerung über 26 Prozent betragen.²² Im Jahr 2012 belief sich dieser Anteil noch auf 16 Prozent.

Tabelle 8: Bevölkerungsszenario zur ständigen Wohnbevölkerung im Kanton Luzern nach Altersklassen, bis 2035

Altersklassen	Jahr 2015	2020	2025	2030	2035
Alter 0–19	82 099	83 960	87 764	88 722	87 267
20–64	246 316	250 220	246 852	241 153	237 635
65+	68 224	77 020	88 335	101 619	112 033
<i>Total</i>	<i>396 639</i>	<i>411 200</i>	<i>422 951</i>	<i>431 494</i>	<i>436 935</i>

Datenquelle: Lustat Statistik Luzern – Bevölkerungsszenarien, Stand Februar 2015

Laut der im Juni 2014 veröffentlichten Aktualisierungen des mittleren Szenarios zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz geht das BFS von einem etwas stärkeren Bevölkerungswachstum aus, nämlich von 7 Prozent zwischen 2014 und 2023. Für den Kanton Luzern würde dies einen Anstieg der Bevölkerung im Jahr 2023 auf fast 422 000 Personen bedeuten.

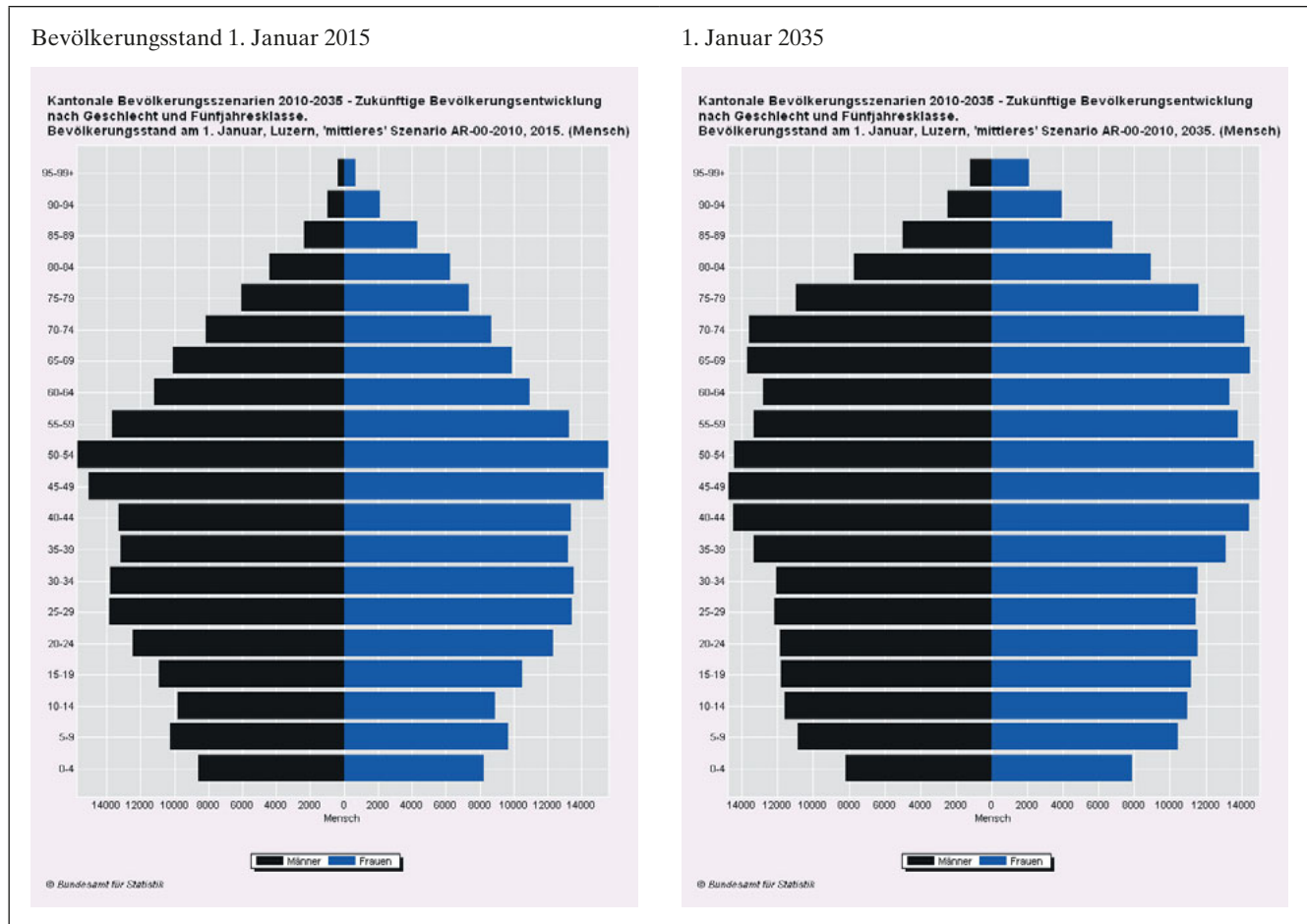
Diese Entwicklung der Altersstruktur (generell das Bevölkerungswachstum) hat einerseits einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und damit auch auf den Anstieg der Gesundheitsausgaben. Andererseits wird sie auch Auswirkungen haben auf das medizinische und medizin-technische Versorgungsangebot.

Die über 60-Jährigen verursachen gesamthaft gesehen gleich hohe Kosten wie alle unter 60-Jährigen zusammen (BFS, 2012, S. 88). Ein Grossteil der Gesundheitskosten fällt in den letzten Lebensmonaten an, und zwar unabhängig vom Alter. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung kann, muss aber nicht zu höheren Gesundheitskosten führen. Denn immer mehr Personen bleiben dank verstärkter Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten länger gesund und mobil.

²¹ BFS. Medienmitteilung zu den Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045 vom 22. Juni 2015 (Nr. 0350–1506-10): Die Anzahl Personen mit ständigem Aufenthalt in der Schweiz beträgt im Jahr 2015 8,3 Millionen, steigt bis 2030 auf 9,5 Millionen und bis 2045 auf 10,2 Millionen Personen an.

²² Lustat Statistik Luzern. Medienmitteilung zu den Bevölkerungsszenarien 2013–2035 vom 13. Januar 2014.

Abbildung 7: Schematische Darstellung des Altersaufbaus der Luzerner Bevölkerung 2015 und 2035



Datenquelle: BFS, Szenarien der Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2010 bis 2035, mittleres Szenario AR-00-2010

6.2 Chronische Krankheiten und Multimorbidität

Zwei wesentliche Faktoren für eine steigende Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen sind die Zunahme der chronischen Krankheiten und das vermehrte Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) vor allem bei älteren Menschen. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan lag der Anteil der Menschen, die gleichzeitig an mehreren Krankheiten leiden, im Jahr 2011 bei durchschnittlich 22 Prozent.²³ Bei den über 80-Jährigen mit mindestens zwei chronischen Krankheiten lag der Anteil bei über 41 Prozent.²⁴

Aber auch epidemiologische Entwicklungen (wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen) beeinflussen den künftigen Bedarf an medizinischen Leistungen, sei es in einer gesteigerten oder einer verminderten Nachfrage.

6.3 Medizinischer Fortschritt

Wegen der rückläufigen Säuglingssterblichkeit, des gestiegenen Wohlstands und auch wegen der verbesserten Hygiene ist die Lebenserwartung in den letzten Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich und stark angestiegen. Zu einem grossen Teil ist die höhere Lebenserwartung auch auf den medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen. Einerseits kann der medizinische Fortschritt dazu führen, dass Krankheitsverläufe länger und komplexer werden und sich damit auch die Lebensdauer von schwer kranken Patientinnen und Patienten (z.B. Krebserkrankungen, neurologische Leiden oder chronische Krankheiten) verlängert. Andererseits können Krankheiten dank neuer Diagnosemethoden früher erkannt und somit effektiver, adäquater und schneller behandelt werden.

Auch in Zukunft wird in der Medizin immer mehr machbar sein. Beispielsweise werden mehr massgeschneiderte therapeutische Interventionen für bestimmte Patienten oder Patientengruppen entwickelt. Der medizinische Fortschritt ist in aller Regel mit sehr hohen Kosten verbunden. Eine grosse Herausforderung für die Zukunft wird deshalb die Finanzierbarkeit dieser neuen medizinischen Leistungen darstellen. Dabei muss auf nationaler Ebene auch diskutiert werden, welche Leistungen über die soziale Krankenversicherung bezahlt werden sollen und welche allenfalls nicht.

²³ Obsan: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel; Bulletin 4/2013.

²⁴ Moreau-Gruet, Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren, Ergebnisse der Befragung Share, Obsan, 2013, S. 4.

6.4 Anspruchshaltung

Die medizinischen Trends und Fortschritte der letzten Jahrzehnte haben auch dazu geführt, dass Gesundheitsleistungen stärker beansprucht wurden (angebotsinduzierte Nachfrage). Häufig sind es Patientinnen und Patienten, die auf die Inanspruchnahme von Leistungen Einfluss ausüben und bestimmte Behandlungen einfordern. Nicht nur das medizinische Angebot ist also verantwortlich für die Zunahme von Gesundheitsleistungen, sondern auch die Nachfrage beziehungsweise die Anspruchshaltung der Menschen.

6.5 Verschiebung stationär zu ambulant

In den letzten zehn Jahren wurden vermehrt ambulante Eingriffe (auch in ärztlichen Praxen) vorgenommen, die früher als stationär galten. Beispiele dafür sind: arthroskopische Eingriffe an grossen Gelenken (Knie, Schulter), diagnostische Laparoskopien (Bauchspiegelungen), Leistenhernien-Operationen und chirurgische Eingriffe am Vorfuss (Hallux, Hammerzehen).

Die Spitäler werden sich in Zukunft vermehrt mit diesem Phänomen der Verschiebung in den ambulanten Bereich beschäftigen, um so ihr Angebot und ihre Prozesse in den Spitälern entsprechend anzupassen. Anzumerken ist, dass sich diese Verschiebung auch auf die Leistungsfinanzierung und die Kostenträger auswirken wird.

Im Bereich der Psychiatrie nimmt der Grundsatz «ambulant vor stationär» einen immer wichtigeren Stellenwert ein. Neben den bestehenden stationären Angeboten sind vermehrt ambulante Behandlungsangebote bedeutend, welche auch von Patientinnen und Patienten in zunehmendem Mass nachgefragt werden, so zum Beispiel die erfolgreich eingeführte und patientenzentrierte Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) sowie die Tageskliniken. Bei der Abgeltung der ambulanten psychiatrischen Leistungen (z.B. Tagesklinik) besteht Handlungsbedarf. Denn zurzeit können die ambulanten Angebote mit dem bestehenden ambulanten Tarif nicht kostendeckend geführt werden. Dem Grundsatz «ambulant vor stationär» könnte weit besser nachgelebt werden, wenn diese Leistungen in der Tarifstruktur besser abgebildet wären.

Die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich hat auch dazu geführt, dass immer häufiger gefordert wird, die Kantone müssten sich auch an den Kosten für die ambulanten Behandlungen beteiligen, zumindest an den spitalambulanten Kosten. Derzeit sind verschiedene Vorstösse dazu im eidgenössischen Parlament hängig.

7 Spitalliste

Ist ein Spital in der Spitalliste des Standort- oder Wohnortkantons aufgeführt, so darf es Leistungen zulasten des Katalogs der sozialen Krankenversicherung im Rahmen des bestehenden Leistungsauftrages abrechnen. Die Spitalliste gliedert sich in die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

Wichtige Kriterien für die Aufnahme in die Spitalliste sind die Qualität und die Wirtschaftlichkeit. Grundsätzlich soll unseres Erachtens jedes Spital Leistungen anbieten dürfen, wenn eine gute Qualität gewährleistet ist. Die Leistungserbringer sollen im Wettbewerb möglichst «gleich lange Spiesse» haben. Die Patientinnen und Patienten verfügen so über eine echte Spitalwahlfreiheit.

Ein ausserkantonales Spital nehmen wir erst dann in die Spitalliste auf, wenn dieses in einer definierten Leistungsgruppe für die Versorgung der Luzerner Bevölkerung versorgungsrelevant, das heisst notwendig ist.

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin besteht eine interkantonale Vereinbarung zu einer gesamtschweizerischen Planung. Gewisse Leistungen werden in einem ersten Schritt als hochspezialisiert definiert. Danach werden diese Leistungen einzelnen Spitälern zugeteilt (mit der Erteilung von Leistungsaufträgen).

7.1 Bedeutung der Spitalliste

Ist ein Spital in der Spitalliste aufgeführt, so darf es Leistungen zulasten des Katalogs der sozialen Krankenversicherung im Rahmen des bestehenden Leistungsauftrages abrechnen. Der Kanton muss bei den auf der Liste aufgeführten Leistungen einen fixen Kostenanteil von mindestens 55 Prozent für seine Kantonseinschwohnerinnen und Kantonseinschwohner übernehmen (ab 2017). Den Rest bezahlt die Krankenversicherung. Die Liste bezieht sich nur auf stationäre Leistungen und nur auf Leistungen, welche die obligatorische Krankenversicherung übernehmen muss.

Steht das Spital nicht auf der Liste des Wohnortkantons, sondern nur auf der Liste des Standortkantons und handelt es sich nicht um einen Notfall, müssen der Kanton und die Versicherer maximal den sogenannten Referenztarif übernehmen. Unser Rat hat den Referenztarif so festgelegt, dass eine möglichst grosse Spitalwahlfreiheit gewährleistet ist. Er entspricht jenem Tarif, der für die betreffende Behandlung im Luzerner Kantonsspital oder in der Luzerner Psychiatrie gilt. Bei einem Notfall müssen der Wohnortkanton und die Krankenversicherer jedoch immer die vollen Kosten übernehmen, auch wenn das Spital nur auf der Liste des Standortkantons, nicht aber auf derjenigen des Wohnortkantons steht.

Ist ein Spital weder ganz noch teilweise auf einer Spitalliste, hat es keinen Anspruch auf einen Vertrag mit einem Krankenversicherer. In diesem Fall müssen sich die Kantone nicht an den Kosten beteiligen.

Die Spitalliste des Kantons Luzern²⁵ wird von unserem Rat beschlossen (vgl. § 4a Spitalgesetz).

²⁵ Siehe Anhang 1.

7.2 Gliederung der Spitalliste

7.2.1 Akutsomatik

Die Spitalliste des Kantons Luzern ist im Bereich der Akutsomatik²⁶ gemäss der Empfehlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) nach dem von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelten Spital-Leistungsgruppen-Konzept gegliedert.

Die Spitalleistungsgruppen (SPLG) teilen die Behandlungen aufgrund der Diagnosen gemäss der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (aktuell ICD-10) und der durchgeführten Behandlungen gemäss dem schweizerischen Operationskatalog (CHOP) in nach medizinischer Komplexität einheitliche Gruppen ein. Dort sind auch die Anforderungen bezüglich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der geforderten Fähigkeiten zur Erfüllung des Leistungsauftrages und der Qualität definiert.

7.2.2 Rehabilitation

Die Zuteilung der Listenplätze erfolgt nach den Bereichen muskuloskelettale, neurologische, kardiovaskuläre und pulmonale Rehabilitation. Zusätzlich werden auch Leistungsaufträge in den Bereichen Rehabilitation Querschnittgelähmter, internistisch-onkologische, psychosomatisch-sozialmedizinische und Frührehabilitation vergeben.

7.2.3 Psychiatrie

Die Leistungsgruppen der stationären Psychiatrie wurden im Jahr 2012 gebildet. Obergruppen sind die allgemeine stationäre Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die forensische Psychiatrie. Zu den Leistungsgruppen gehören die Allgemeine Psychiatrie, die Spezialangebote (z. B. die psychiatrische Rehabilitation), die Behandlung von Abhängigkeitskrankheiten und die Alterspsychiatrie.

7.3 Voraussetzungen für die Aufnahme in die Spitalliste

Als wichtigste Kriterien für die Aufnahme in die Spitalliste gelten vor allem die Qualität und die Wirtschaftlichkeit.

7.3.1 Bedarf

Mit der auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen KVG-Revision wollte der Gesetzgeber in erster Linie mehr Wettbewerb unter den Spitälern und die freie Spitalwahl einführen. Vor diesem Hintergrund hat unser Rat darauf verzichtet, den Spitälern bestimmte Kapazitäten oder Betten zuzuteilen. Grundsätzlich soll jedes Spital seine Leistungen anbieten dürfen, solange die Versorgungssicherheit und die Qualität gewährleistet sind. Die Patientinnen und Patienten sollen über eine echte Spitalwahlfreiheit verfügen. Der Staat soll dann eingreifen, wenn die Versorgung qualitativ oder quantitativ nicht mehr genügt. Mit dem Angebot der stationären Grundversorgung in den Regionen Luzern, Sursee und Wolhusen soll die gesamte Bevölkerung Luzerns auch künftig in allen Gebieten auf eine gute Spitalversorgung zählen können.

7.3.2 Qualität

Damit Spitäler ihren Betrieb überhaupt aufnehmen dürfen, benötigen sie eine Bewilligung des Kantons. Um diese zu erhalten, müssen sie eine ausreichende ärztliche und pflegerische Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und schliesslich eine pharmazeutische Versorgung gewährleisten.

Die Luzerner Spitäler und Kliniken müssen die vom KVG vorgegebenen Anforderungskriterien für die Umsetzung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung erfüllen. In den Leistungsaufträgen und -vereinbarungen sind gemäss dem Leistungsgruppenkonzept auch Mindestfallzahlen, Qualitätsanforderungen bezüglich des Fachpersonals, dessen Qualifikation und dessen zeitliche Verfügbarkeit sowie Infrastrukturanforderungen beschrieben. Weiter haben sich die Luzerner Spitäler und Kliniken im Rahmen des Leistungsauftrages verpflichtet, ein angemessenes, wirksames Qualitäts- und Risikomanagement zu führen.

Mindestfallzahlen können der Qualitätssicherung dienen. Sie beruhen in der Regel auf Erfahrungen, normativen Werten oder wissenschaftlichen Überlegungen. Verschiedene Studien belegen einen positiven Zusammenhang zwischen einer hohen Fallzahl und einer hohen Behandlungsqualität. Bei vielen Behandlungen lässt sich jedoch kein exakter Schwellenwert ableiten, ab welchem die Qualität deutlich besser wird. Das Thema Mindestfallzahlen wird in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers beurteilt. Dabei wird die Höhe der Mindestfallzahlen in der Praxis verschiedener Länder unterschiedlich festgesetzt. Deshalb wurden in den Spitalleistungsgruppen tendenziell niedrige Mindestfallzahlen festgelegt. Bei rund 30 Leistungsgruppen ist eine jährliche Mindestfallzahl von zehn Fällen pro Spital vorgeschrieben. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin gilt die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 (SRL Nr. 865d), vgl. dazu Kapitel 7.5.

Im Bereich Rehabilitation kommen die Mindestfallzahlen der Qualitätskriterien der Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz (Swiss Reha) zur Anwendung. In der Psychiatrie wurden noch keine Mindestfallzahlen definiert. Es sind auch in der wissenschaftlichen Literatur kaum entsprechende Untersuchungen zu finden.

²⁶ Unter Akutsomatik werden stationäre Behandlungen akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden (ohne psychische Krankheiten und ohne Massnahmen der medizinischen Rehabilitation).

Des Weiteren müssen alle Luzerner Spitäler auf der Spitalliste dem Qualitätsvertrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beigetreten sein. Sie müssen an sämtlichen Qualitätsmessungen des ANQ teilnehmen. Die vom ANQ ausgewerteten, verabschiedeten und zurückgesandten Messergebnisse werden mit der Kommentierung auffälliger Ergebnisse dem Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) zugestellt. Andere Qualitätsmessungen – wie etwa die zur Patientenzufriedenheit – werden ebenfalls dem GSD zugestellt. Die Spitäler haben sich ferner verpflichtet, eine Ombudsstelle zu führen und dem GSD jährlich einen Ergebnisbericht zum Beschwerdemanagement zukommen zu lassen.

Die «Ombudsstelle Aufnahmebeschwerde» des Kantons Luzern hat seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung keine Fälle von unrechtmässiger Aufnahmeverweigerung oder zu langen Wartezeiten zu verzeichnen. Zu Fragen Anlass gaben aber mehrere Fälle wegen unterschiedlicher Wartezeiten vor Operationen je nach Versicherungsklasse. Diese Fragen konnten gelöst werden, sodass keine Beschwerden daraus entstanden sind.

Gemäss Artikel 49 Absatz 8 des KVG muss der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zur medizinischen Ergebnisqualität anordnen und diese veröffentlichen. In den gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit 2020» hat der Bundesrat als ein Handlungsfeld die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität festgelegt. Konkret sollen die Qualität der medizinischen Leistungen besser gemessen und der Einsatz anerkannter Standards für die Patientensicherheit verbindlich geregelt werden. Dafür sollen nationale Qualitätsprogramme lanciert und weitere Qualitätsindikatoren entwickelt werden.

Der Bundesrat schlägt vor, die Aktivitäten in einem Netzwerk auszubauen. Dazu will der Bund mit den bisherigen Akteuren zusammenarbeiten und eine ausserparlamentarische Qualitätskommission sowie eine Fachstelle innerhalb des Bundesamtes für Gesundheit einsetzen. Die Umsetzung dieser Lösung bedingt eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

7.3.3 Wirtschaftlichkeit

Gemäss dem KVG müssen sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die Leistung in der notwendigen Qualität, effizient und günstig erbringen. Das Benchmarking soll auf schweizweiten Betriebsvergleichen beruhen. Der Bundesrat muss in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zu Kosten anordnen und diese veröffentlichen (KVG Art. 49 Abs. 8). Dieser Verpflichtung ist er bis heute nicht nachgekommen. Solange die erforderlichen Daten nicht vorliegen, ist ersatzweise auf möglichst aussagekräftige vorhandene, repräsentative Vergleichsdaten zurückzugreifen.

Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung. Diese prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit²⁷ in Einklang steht. Ist dies nicht der Fall, darf der Vertrag nicht genehmigt werden. Falls keine Einigung unter den Tarifpartnern zustande kommt, setzt der zuständige Regierungsrat selber einen Tarif fest, der dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspricht.

Damit ist sichergestellt, dass die Tarife dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Sind sie zu hoch, dürfen sie nicht genehmigt werden. Falls die Tarife festgesetzt werden, muss dies – wie bereits erwähnt – nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit erfolgen. Ob und allenfalls wie viel Gewinn oder Verlust die Spitäler machen, soll in einem wettbewerblichen System nicht ausschlaggebend sein für die Zulassung zur sozialen Krankenversicherung.

7.4 Ausserkantonale Spitäler

Ist ein Spital auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt, kann das Spital zulasten der sozialen Krankenversicherung schweizweit tätig sein. Zur Frage, wann ein ausserkantonales Spital in die Spitalliste aufgenommen werden soll – weil es für die Versorgung der Kantonsbevölkerung versorgungsrelevant ist –, gilt im Kanton Luzern folgende Regel: Werden an einem ausserkantonalen Spital in der betreffenden Leistungsgruppe mehr als 10 Prozent des Gesamtbedarfs der Kantonsbevölkerung behandelt, gilt in der Regel dieses Spital als versorgungsrelevant und soll grundsätzlich in die Luzerner Spitalliste aufgenommen werden. Von dieser Regel kann abgewichen werden, wenn der Gesamtbedarf der Luzerner Bevölkerung in absoluten Zahlen gering ist und es sich bei den ausserkantonalen Behandlungen um Einzelfälle handelt. Gleiches gilt für Behandlungen, die im Kanton Luzern (Luzerner Spitäler und Kliniken) hätten vorgenommen werden können.²⁸

Eine Überprüfung der Mindestfallzahlen und anderer Qualitätsanforderungen erfolgt bei ausserkantonalen Spitälern jeweils durch den Standortkanton. Weil grundsätzlich keine Leistungsaufträge an ausserkantonale Spitäler erteilt werden, die nicht bereits vom Standortkanton erteilt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Erfüllung der Anforderung auch vom Standortkanton überprüft wurde.

7.5 Hochspezialisierte Medizin

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone beauftragt, gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung vorzunehmen im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind (Art. 39, Abs. 2^{bis} KVG).

Die Kantone haben zu diesem Zweck per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Für die konkrete Planung der HSM ist dabei ein interkantonales Entscheidungsorgan (HSM Beschlussorgan) zuständig. Das Beschlussorgan setzt sich aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren von zurzeit zehn Kantonen (inkl. Luzern) zusammen.²⁹ Das Beschlussorgan bestimmt die Bereiche der HSM, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen, und es trifft die Zuteilungsentscheide.

²⁷ Die Leistungen müssen effizient und günstig erbracht werden.

²⁸ Dies spielt keine Rolle, sofern der Luzerner Referenztarif höher ist als der Spitaltarif in der entsprechenden Klinik.

²⁹ Fünf Mitglieder der Vereinbarungskantone mit einem Universitätsspital und fünf Mitglieder aus anderen Vereinbarungskantonen, wovon mindestens deren zwei Mitglieder Vereinbarungskantone mit einem grossen Zentrumsspital vertreten.

Für die HSM gibt es gemäss dieser Vereinbarung anstelle von 26 kantonalen Planungen eine von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung, die in den kantonalen Spitallisten entsprechend abgebildet wird.

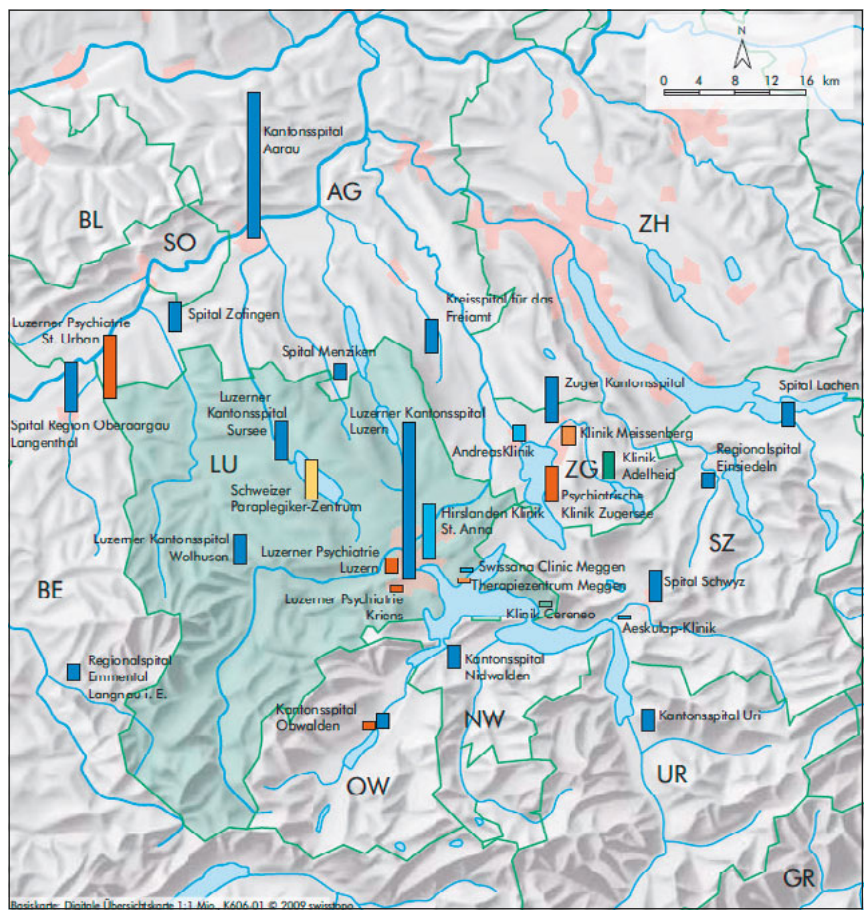
Bis im Sommer 2014 hat das Beschlussorgan 39 Zuteilungsentscheide gefällt. Ende 2013 hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Beschwerdeverfahren entschieden, dass die Entscheide zweistufig gefällt werden müssen: nämlich in einem ersten Schritt ein Zuordnungsentscheid (Definition) einer Leistung zur HSM und anschliessend ein Zuteilungsentscheid an einzelne Spitäler mit der Erteilung von Leistungsaufträgen. Alle Zuteilungen, bei denen Beschwerden erhoben wurden, müssen deshalb neu beurteilt werden.

8 Stationäre Akutsomatik

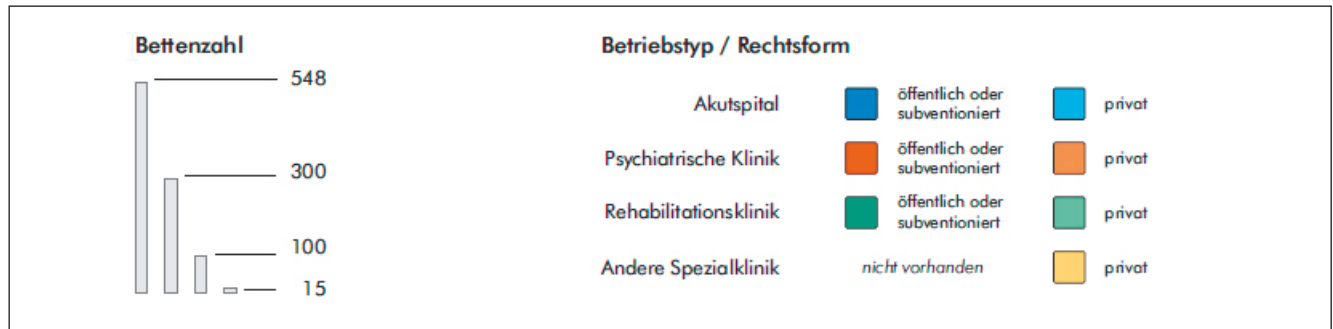
8.1 Spitalporträts

Im Kanton Luzern sind vier akutsomatische Spitäler und ein Geburtshaus stationiert:

- Luzerner Kantonsspital (mit den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen),
- Hirslanden-Klinik St. Anna in Luzern,
- Hirslanden-Klinik Meggen,
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil,
- Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch.



In der Grafik fehlt das Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch (4 Betten, mit 7 Betten ab 2016).
Bildquelle: Lustat Statistik Luzern, Jahrbuch 2015. 2014 GIS Kanton Luzern



Im Folgenden werden die wichtigsten Kennzahlen der Luzerner Spitäler aufgeführt.

Luzerner Kantonsspital

Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) ist das grösste nichtuniversitäre Spital der Schweiz und das Zentrumsversorgungsspital für die ganze Zentralschweiz. Das LUKS umfasst das eigentliche Zentrumsspital in Luzern (inkl. Kinderspital), die beiden Standorte beziehungsweise Grundversorgungsspitäler Sursee und Wolhusen sowie die Luzerner Höhenklinik Montana (Rehabilitation). Im Jahr 2008 erfolgte die rechtliche Verselbständigung des LUKS, nachdem das Luzerner Stimmvolk das kantonale Spitalgesetz zwei Jahre zuvor angenommen hatte.

Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2012 und 2013 sind im LUKS in Bezug auf die stationäre Akutsomatik zu verzeichnen:

Luzerner Kantonsspital LUKS	Standorte	Luzern, Sursee und Wolhusen	
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle (Akutbehandlung)		34 943	35 927
Anzahl Pflgetage (Akutbehandlung)		213 853	218 390
Anzahl stationäre Betten (Akutbehandlung)		744	758
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (Akutbehandlung)		6,1	6,1
Anzahl gesunde Neugeborene		2 207	2 252
Case-Mix-Index (CMI ³⁰) netto		1,068	1,088
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		17,0	17,8
Anteil Patientinnen/Patienten halbprivat oder privat in %		17,3	17,2
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		705,0	717,1
Anzahl Belegärztinnen und -ärzte		39,0	19,0
Pflegepersonal in VZÄ		2 150,4	2 218,8
übriges medizinisches Personal in VZÄ		503,0	528,5
gesamtes Personal in VZÄ		4 410,3	4 577,8
Anzahl angebotener Fachgebiete für die ärztliche Weiterbildung		27	27

Datenquelle: BAG

Zusammenarbeit mit dem Nidwaldner Kantonsspital

Im September 2009 haben unser Rat und die Regierung des Kantons Nidwalden beschlossen, eine gemeinsame, kantonsübergreifende Spitalregion anzustreben (Luzerner-Nidwaldner Spitalregion, Lunis). Am 1. Januar 2012 trat der entsprechende Rahmenvertrag in Kraft. Die wichtigsten Punkte sind:

- Das LUKS und das Kantonsspital Nidwalden (KSNW) bleiben selbständige, öffentlich-rechtliche Anstalten.
- Beide Spitäler verfügen je über die gesetzlich vorgesehenen Organe. Die beiden Spitalräte sind aber personell identisch.
- Der Direktor des LUKS ist auch Direktor des KSNW. Ebenso ist die Geschäftsleitung der beiden Spitäler personell identisch.
- Die Entscheidungsprozesse und -kompetenzen zwischen den Kantonen Luzern und Nidwalden werden harmonisiert.
- Jeder Kanton trägt nach wie vor die Kosten und Risiken «seines» Spitals.

Nach den ersten beiden Betriebsjahren ziehen beide Spitäler eine positive Bilanz.

Die Kantone Luzern und Nidwalden haben das volle Leistungsspektrum des jeweiligen Partnerspitals in die eigene Spitalliste aufgenommen. Damit hat die Bevölkerung beider Kantone die volle Wahlfreiheit, an welchem Spitalstandort sie sich behandeln lassen will.

Alle wichtigen Geschäfte der beiden Unternehmen werden von denselben Personen beraten. Dies fördert den Blick für Verbundlösungen und verhindert unnötige und teure Doppelspurigkeiten. Der Austausch von Wissen und Erfahrung wird gezielt gefördert. Auch helfen sich die beiden Spitäler gegenseitig mit Personal aus, wenn es zu Engpässen kommt. Die Aus- und Weiterbildungen stehen für alle Mitarbeitenden offen.

In den verschiedenen medizinischen Fachrichtungen und auch Verwaltungsbereichen wird gezielt nach Synergie- und Sparpotenzial durch eine verbesserte Zusammenarbeit gesucht.

In einem nächsten Schritt soll die Informatik-Struktur beider Spitäler sukzessive harmonisiert werden. Dasselbe gilt für die Anstellungsbedingungen für das Personal (jedoch ohne gleiche Pensionskasse).

³⁰ CMI = mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle. Die Berechnung des CMI basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik des BFS.

Hirslanden-Klinik St. Anna

Die Hirslanden-Klinik St. Anna in der Stadt Luzern ist auf der Luzerner Spitalliste und gilt seit 2013 als Zentrumsversorgungsspital.³¹ Das Spital wurde im Jahr 2005 durch die Privatklinikgruppe Hirslanden übernommen. Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2012 und 2013 sind in der Hirslanden-Klinik St. Anna in Bezug auf die Akutbehandlung zu verzeichnen:

Hirslanden-Klinik St. Anna in Luzern			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		9917	10277
Anzahl Pflgetage		56094	56440
Anzahl stationäre Betten		182	194,5
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen		5,7	5,5
Anzahl gesunde Neugeborene		605	550
Case-Mix-Index (CMI) netto		1,060	1,049
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		16,0	17,3
Anteil Patientinnen/Patienten halbprivat oder privat in %		57,0	55,7
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		45,8	39,2
Anzahl Belegärztinnen und -ärzte		135	143*
Pflegepersonal in VZÄ		350,0*	363,1
übriges medizinisches Personal in VZÄ		82,4*	84,7
gesamtes Personal in VZÄ		708,8	781,1
Anzahl angebotener Fachgebiete für die ärztliche Weiterbildung		4	4

Quelle: BAG und Hirslanden-Klinik St. Anna (*)

Die Hirslanden-Klinik St. Anna führt innerkantonale Kooperationen mit dem LUKS und der Hirslanden-Klinik Meggen, die seit dem 8. August 2014 ebenfalls zur Hirslanden-Gruppe gehört. Zudem bestehen Kooperationen mit verschiedenen Universitätsspitalern (Bern, Basel) sowie mit Kliniken der Privatklinikgruppe Hirslanden.

Hirslanden-Klinik Meggen

Die Hirslanden-Klinik Meggen³² ist auf der Luzerner Spitalliste und gilt als Spezialklinik mit Schwerpunkt in der Orthopädie, Chirurgie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und Dermatologie. Die Hirslanden-Klinik in Meggen wurde am 8. August 2014 von der Privatklinikgruppe Hirslanden übernommen. Es wird eine enge Zusammenarbeit mit der Hirslanden-Klinik St. Anna angestrebt.

Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2012 und 2013 sind in der Hirslanden-Klinik Meggen in Bezug auf die Akutbehandlung zu verzeichnen:

Hirslanden-Klinik Meggen			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		1052	1071
Anzahl Pflgetage		3122	3046
Anzahl stationäre Betten		15,1	15,5
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen		3,0	2,8
Case-Mix-Index (CMI) netto		0,842	0,876
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		38,2	43,2
Anteil Patientinnen/Patienten halbprivat oder privat in %		51,7	29,6
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		0,0	0,0
Anzahl Belegärztinnen und -ärzte		30	34
Pflegepersonal in VZÄ		15,6	16,9
übriges medizinisches Personal in VZÄ		5,7	6,5
gesamtes Personal in VZÄ		30,8	33,4

Datenquelle: BAG

³¹ Gemäss Krankenhaustypologie aus der Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens (BFS).

³² Vormalis Swissana Clinic Meggen.

Geburtshaus Terra Alta

Das Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch ist auf der Luzerner Spitalliste und gilt als privates Geburtshaus und Spezialklinik (Gynäkologie/Neonatologie). Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2012 und 2013 sind im Geburtshaus zu verzeichnen:

Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		374	384
Anzahl Pflgetage		1565	1573
Anzahl stationäre Betten ³³		4	4
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen		4,2	4,1
Anzahl gesunde Neugeborene		186	194
Case-Mix-Index (CMI) netto		0,318	0,306
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		14,1	15,7
Anteil Patientinnen/Patienten halbprivat oder privat in %		0,0	0,5
Hebammen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		3,7	3,48
Pflegefachfrauen und Hebammen in VZÄ			5,78
gesamtes Personal in VZÄ		7,8	9,5

Datenquelle: BAG

Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil ist auf der Luzerner Spitalliste und gilt als private Spezialklinik im Bereich der Rehabilitation und Akutbehandlung. Das Leistungsgruppen-Angebot beschränkt sich mehrheitlich auf die ganzheitliche Behandlung bei Querschnittlähmungen und querschnittlähmungsähnlichen Symptomen (inkl. neuromuskulärer Krankheiten).

Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2012 und 2013 sind im SPZ in Bezug auf die Behandlung in der stationären Akutsomatik zu verzeichnen. Dabei beziehen sich die ersten fünf der unten stehenden Kennzahlen (also bis und mit «Case-Mix-Index») nur auf akutsomatische Behandlungen, die restlichen auf alle Behandlungen im SPZ (also Akutsomatik und Rehabilitation).

Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		708	768
Anzahl Pflgetage		18 748	20 583
Anzahl stationäre Betten		56	60
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen		26,5	26,8
Case-Mix-Index (CMI) brutto		6,97	4,14
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		82,3	84,4
Anteil Patientinnen/Patienten halbprivat oder privat in %		22,4	20,2
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		70,3	71,4
Pflegepersonal in VZÄ		301,6	307,0
übriges medizinisches Personal in VZÄ		142,7	144,8
gesamtes Personal in VZÄ		826,7	849,1
Anzahl angebotener Fachgebiete für die ärztliche Weiterbildung		7	7

Quelle: SPZ, BAG

8.2 Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung

8.2.1 Anzahl Fälle, Pflgetage und Aufenthaltsdauer

Über 87 Prozent der Luzerner Bevölkerung lassen sich innerkantonale in Luzerner Spitälern behandeln. Die Anzahl Hospitalisierungen von Luzernerinnen und Luzernern sind im Zeitraum von 2005 bis 2013 um fast 14 Prozent angestiegen.

Die Aufenthaltsdauer der Luzerner Patientinnen und Patienten in den Spitälern ist seit 2005 stets zurückgegangen. Im Jahr 2013 betrug sie noch 5,7 Tage.

Im Jahr 2013 belief sich die Anzahl Fälle (Hospitalisierungen) der Luzerner Bevölkerung auf insgesamt 47 160. Davon wurden 87,3 Prozent im Kanton Luzern behandelt und 6000 Fälle (12,7%) ausserhalb des Kantons Luzern.

³³ Ab Frühling 2016 sind im Geburtshaus Terra Alta 7 Betten geplant.

Tabelle 9: Entwicklung der Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch die Luzerner Bevölkerung: Fälle, Pflegetage und mittlere Aufenthaltsdauer, Akutsomatik, 2005–2013

Wohnkanton LU	Jahr								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fälle	41 407	42 752	42 943	44 523	44 870	45 923	47 049	46 559	47 160
Patientinnen und Patienten	33 883	34 652	34 612	37 845	36 376	39 317	38 521	38 421	38 836
Pflegetage	269 901	273 694	271 693	276 774	274 564	279 539	279 507	268 362	269 888
mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen	6,52	6,40	6,33	6,22	6,12	6,09	5,94	5,76	5,72

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

Zwischen 2005 und 2011 ist die Anzahl Hospitalisierungen um fast 14 Prozent angestiegen, und zwar von 41 407 auf 47 049 Fälle. Die stetige Zunahme der Anzahl Hospitalisierungen hat unter anderem auch mit dem stetigen Bevölkerungswachstum zu tun. Die Abnahme im Jahr 2012 ist hauptsächlich auf die neue Falldefinition zurückzuführen (Fallzusammenführungen). Ein weiterer Grund ist ausserdem die zunehmende Verlagerung der stationären Eingriffe in den ambulanten Bereich. Im Jahr 2013 ist die Anzahl Hospitalisierungen leicht um 1,3 Prozent auf über 47 000 wieder angestiegen.

Bei den Pflegetagen zeigt sich ein ähnliches Bild: Von den total 269 888 Pflegetagen im Jahr 2013 sind 88,4 Prozent innerhalb des Kantons zu verzeichnen. Die Abnahme oder Stagnation der Pflegetage ist auf die Verkürzung der Aufenthaltsdauern zurückzuführen.

Insgesamt ist die Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern von 2005 bis 2013 kontinuierlich zurückgegangen: 2005 betrug sie noch 6,5 Tage; acht Jahre später lag sie bei 5,7 Tagen, also rund 12 Prozent tiefer.

Frühere Untersuchungen des Obsan haben ergeben, dass dieser Rückgang zum grossen Teil auf die effizienteren und wirkungsvolleren Behandlungsformen und -prozesse zurückzuführen ist und weniger auf die Einführung der Fallpauschalen. Die Aufenthaltsdauer in Spitälern mit Fallpauschalen war nämlich nicht stärker zurückgegangen als in Spitälern ohne Fallpauschalen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2011).

8.2.2 Hospitalisierungsrate

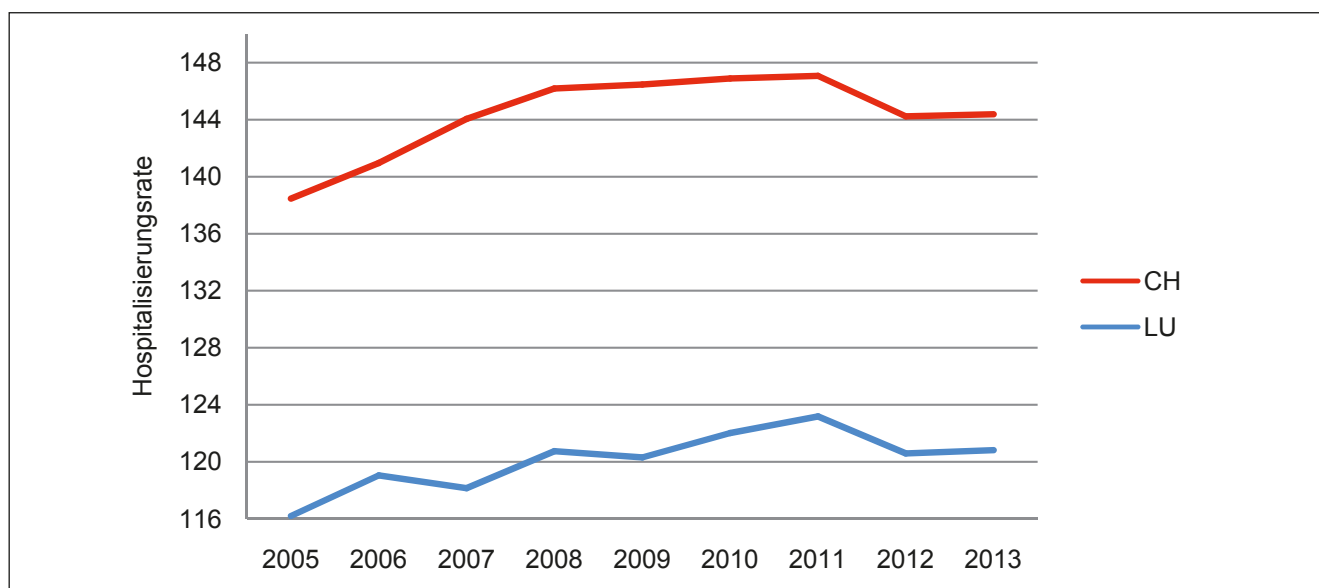
In den letzten Jahren wurde eine leicht ansteigende Hospitalisierungsrate der Luzerner Bevölkerung beobachtet. Im Jahr 2013 betrug diese rund 121 Hospitalisierungen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich bei der gesamtschweizerischen Betrachtung, jedoch auf deutlich höherem Niveau (2013: 144 Fälle).

Die Hospitalisierungsrate definiert das Verhältnis zwischen der Anzahl Hospitalisierungen (Spitalaufenthalte) im Laufe eines Jahres und der Luzerner Wohnbevölkerung desselben Jahres. Der Quotient wird pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner angegeben.

Belief sich die Hospitalisierungsrate im Jahr 2005 auf 116,2 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, so stieg diese bis ins Jahr 2011 auf 123,2 Spitalaufenthalte an. Im Jahr 2013 fiel sie wieder auf 120,8 zurück. Dies lässt sich mit der neuen Falldefinition ab 2012 erklären. Denn erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt eine Wiederaufnahme mit der gleichen Diagnose in dasselbe Spital, werden diese Fälle seit 2012 zusammengeführt.

Abbildung 8: Entwicklung der Hospitalisierungsrate pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Luzern und im schweizerischen Durchschnitt, Akutsomatik, 2005–2013



Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

Ein ähnlicher Verlauf jedoch auf deutlich höherem Niveau zeigt sich auf schweizerischer Ebene. Im Jahr 2013 beträgt die schweizerische Hospitalisierungsrate im Schnitt 144,4 Fälle. Luzernerinnen und Luzerner werden somit deutlich weniger hospitalisiert als im schweizerischen Durchschnitt. Die wichtigsten Gründe für diesen Unterschied könnten sein: Demografie und Morbidität, ambulante und alternative Angebote, besserer Gesundheitszustand.

8.2.3 Luzerner Bevölkerung in Luzerner Spitälern nach Leistungsbereich

37 Prozent aller hospitalisierten Luzerner Patientinnen und Patienten in Luzerner Spitälern sind dem allgemeinen Bereich der Grundversorgung, 14,5 Prozent dem Bereich Bewegungsapparat chirurgisch und zirka 10 Prozent der Geburtshilfe zuzuordnen.

Die Tabelle 10 basiert auf dem Konzept der Leistungsbereiche gemäss der Spitalliste. Dabei wurden die Daten aus der medizinischen Statistik des BFS zusammengefasst und gruppiert.

Mehr als ein Drittel der Hospitalisierungen betrafen das sogenannte Basispaket³⁴ (bzw. Grundversorgung), gefolgt von den Bereichen Bewegungsapparat chirurgisch, Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und Neugeborene. Auf diese fünf Leistungsbereiche entfielen rund drei Viertel aller Fälle und zwei Drittel aller Pflage tage.

Tabelle 10: Anzahl Fälle und Pflage tage der Luzerner Bevölkerung in Luzerner Spitälern, nach Leistungsbereich, 2013

Leistungsbereiche	Anzahl Fälle	Anteil in % aller Fälle	Pflage tage
Basispaket/Grundversorgung	15 049	36,6	75 289
Bewegungsapparat chirurgisch	5 961	14,5	39 755
Geburtshilfe	3 996	9,7	17 346
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	3 290	8,0	12 950
Neugeborene	2 107	5,1	12 400
Urologie	1 849	4,5	8 463
Herz	1 562	3,8	11 295
Gastroenterologie	1 282	3,1	9 992
Gynäkologie	1 070	2,6	5 151
Neurologie	826	2,0	6 134
Viszeralchirurgie	666	1,6	8 292
Gefässe	623	1,5	6 204
Ophthalmologie	531	1,3	1 432
Pneumologie	515	1,3	6 456
Hämatologie	352	0,9	2 616
(Radio-)Onkologie	346	0,8	2 793
Dermatologie	346	0,8	3 556
Rheumatologie	207	0,5	1 155
Endokrinologie	168	0,4	1 624
Neurochirurgie	131	0,3	1 643
Nephrologie	125	0,3	1 870
Thoraxchirurgie	102	0,2	1 364
schwere Verletzungen	48	0,1	693
Rest	8	0,0	31
Total	41 160	100,0	238 504

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

Aus dieser Tabelle wird auch ersichtlich, dass die Luzerner Spitäler fast das gesamte Spektrum an Leistungen anbieten. Lediglich in einigen wenigen Bereichen der hochspezialisierten Medizin besteht für die Luzernerinnen und Luzerner kein innerkantonales Leistungsangebot (z.B. Organtransplantationen).

8.2.4 Ausserkantonale Behandlung der Luzerner Bevölkerung

Fast ein Drittel der 6000 Luzerner Patientinnen und Patienten, die sich im Jahr 2013 ausserkantonale behandeln liessen, erfolgten im Kanton Aargau (Klinik Villa im Park, Spital Zofingen und Menziken, Kantonsspital Aarau [Neurochirurgie] u. a.). Auch die Kantone Zürich und Bern (Universitätsspitäler) wurden mit je knapp 20 Prozent als Behandlungsort ausgewählt.

Die Patientenströme nach aussen zeigen, dass die Luzerner Bevölkerung aus der nördlichen und nordwestlichen Kantonsregion aufgrund der Nähe zu anderen Kantonen vermehrt ausserkantonale Leistungen beansprucht. Die Bevölkerung aus dem Wahlkreis Willisau lässt sich dreimal mehr ausserkantonale behandeln als die Stadtluzernerinnen und -luzerner.

Rund ein Drittel der Luzerner Patientinnen und Patienten, die ausserkantonale Leistungen bezogen haben, entfallen auf den Bereich der Grundversorgung (Basispaket).

³⁴ Das Basispaket umfasst alle Leistungen der Grundversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht. Das Basispaket bildet im Leistungsgruppenkonzept die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Es wird als eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatientinnen und -patienten definiert, weil diese oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, was nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung erfordert.

8.2.4.1 Ausserkantonale Behandlung nach Spitalkanton

Die Tabelle 11 und die Abbildung 9 illustrieren für die Jahre 2011, 2012 und 2013 die wichtigsten Patientenströme von Luzerner Patientinnen und Patienten (Fälle) in ausserkantonale Spitäler.

Tabelle 11: Anzahl Luzerner Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflage tage), die in einem anderen Kanton behandelt wurden, nach Spitalkanton, 2011–2013

Kanton des Spitals	Anzahl Fälle			Pflage tage		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Aargau	1917	1936	1832	8166	8585	8429
Zürich	1113	1109	1191	7299	8576	8386
Bern	966	1102	1083	5262	5692	5288
Zug	359	394	441	1592	1592	2007
Nidwalden	291	331	384	1153	1453	1665
Basel-Stadt	204	230	222	1345	1714	1900
Schwyz	127	142	165	588	630	773
Obwalden	79	69	107	233	266	482
Uri	25	27	19	63	59	80
übrige Kantone	586	600	556	2515	2438	2374
<i>Total</i>	<i>5667</i>	<i>5940</i>	<i>6000</i>	<i>28216</i>	<i>31005</i>	<i>31384</i>

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

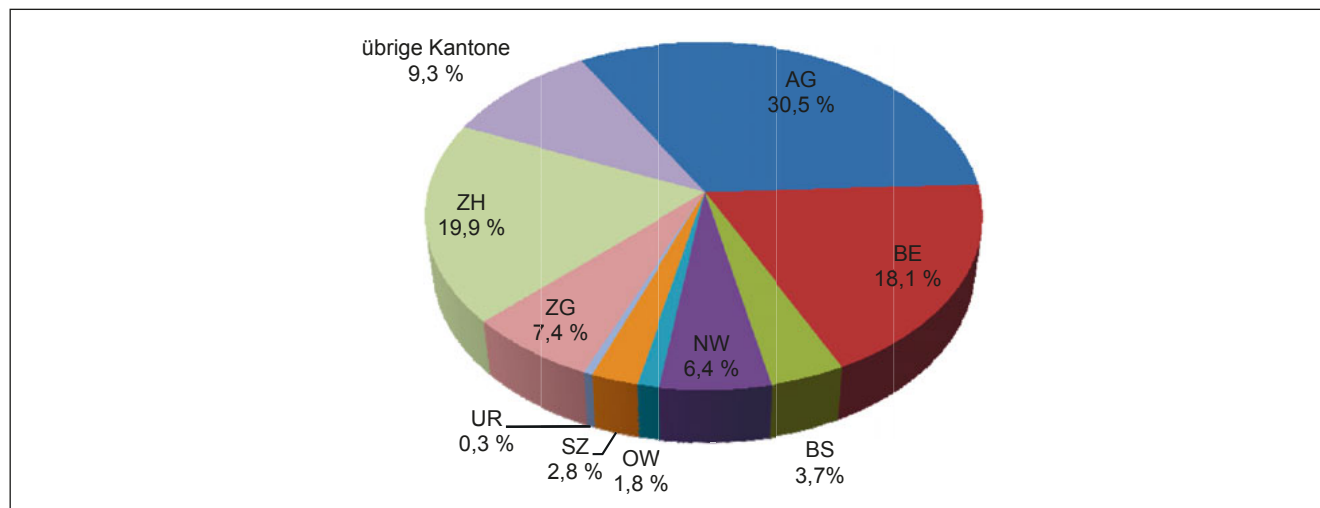
Nahezu ein Drittel der Behandlungen erfolgt im angrenzenden Kanton Aargau. Zum einen behandelten die vier grenznahen Spitäler Zofingen und Menziken, die Klinik Villa im Park und das Kreisspital Freiamt zusammen 1382 Luzerner Patientinnen und Patienten, also fast ein Viertel aller ausserkantonalen Fälle. Zum anderen beanspruchten Luzernerinnen und Luzerner nach wie vor spezielle neurochirurgische Leistungen am Kantonsspital Aarau.

Zwei weitere bedeutende Kantone für ausserkantonale Behandlungen sind Zürich und Bern mit 20 Prozent beziehungsweise 18 Prozent aller Fälle. Der Grund liegt vor allem darin, dass diese jeweils ein Universitätsspital führen.

Auffallend ist ebenfalls der relativ hohe und stetig steigende Anteil von Luzerner Patientinnen und Patienten, die sich im Nidwaldner Kantonsspital behandeln liessen. Das LUKS arbeitet eng mit dem Nidwaldner Kantonsspital zusammen.³⁵

Im zeitlichen Vergleich zwischen 2011 und 2013 hat die Anzahl ausserkantonomer Hospitalisierungen der Luzerner Bevölkerung um 5,9 Prozent zugenommen.³⁶ Die Verteilung dieser Fälle auf die Kantone ist ungefähr gleich geblieben.

Abbildung 9: Luzerner Fälle, die in einem anderen Kanton behandelt wurden, nach Spitalkanton in Prozenten, 2013



Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

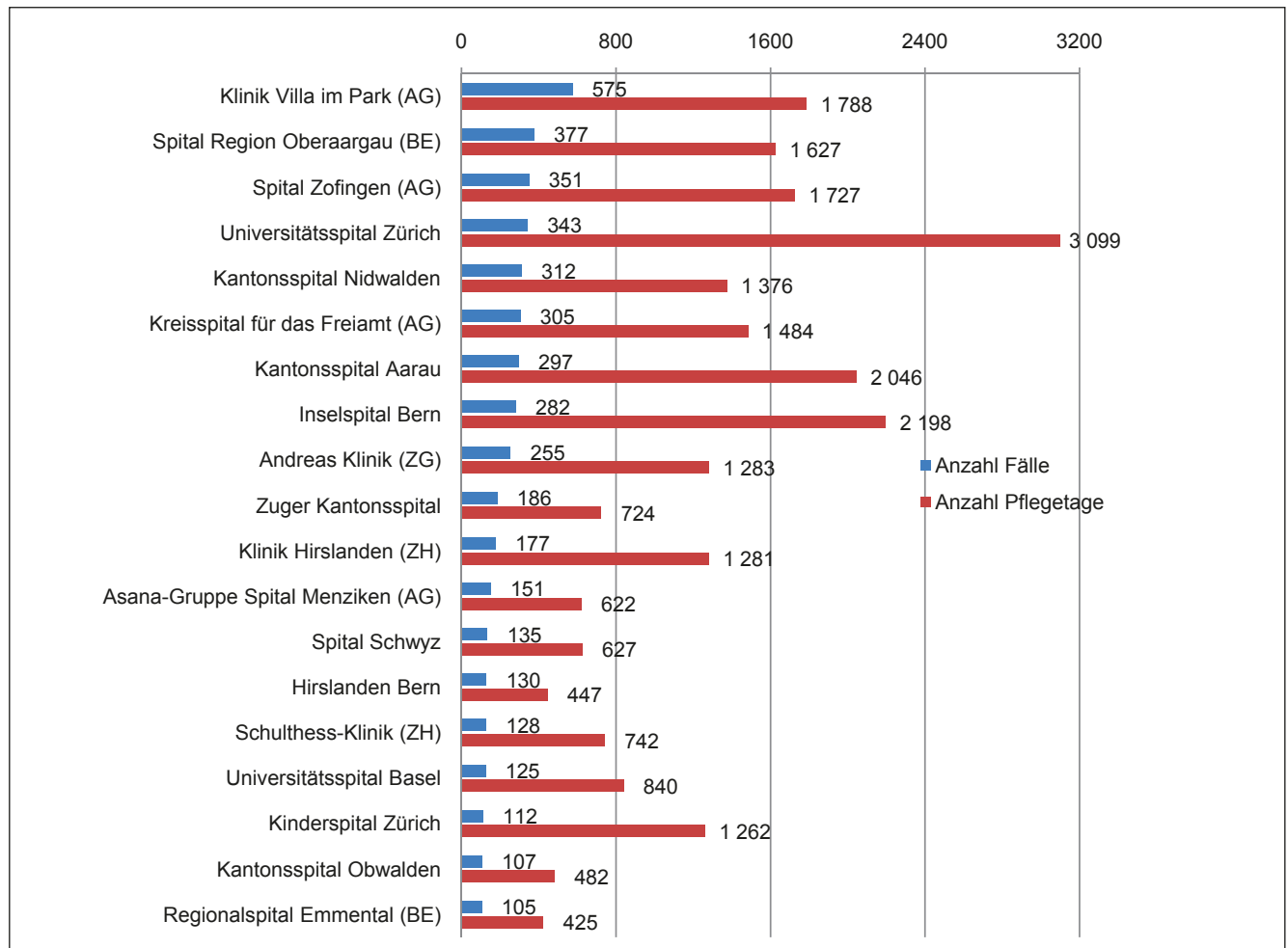
³⁵ Siehe dazu auch Ausführungen zum LUKS beim Spitalporträt in Kapitel 8.1.

³⁶ Siehe dazu auch Ausführungen über die interkantonalen Patientenströme in Kapitel 8.4.

8.2.4.2 Ausserkantonale Behandlung nach Spitälern

Die Abbildung 10 zeigt, in welchen 19 ausserkantonalen Spitälern im Jahr 2013 Luzernerinnen und Luzerner am häufigsten behandelt und wie viele Pflegetage dort in Anspruch genommen wurden.

Abbildung 10: Anzahl Luzerner Patientinnen und Patienten (Fälle/Pflegetage), die in einem anderen Kanton behandelt wurden, nach wichtigsten Spitälern, 2013



Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

Werden die Behandlungen in den abgebildeten ausserkantonalen Spitälern aus den Jahren 2013 und 2012 miteinander verglichen (2012 hier nicht abgebildet), lässt sich nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung keine eindeutige Tendenz feststellen. Bei einzelnen Spitälern lassen sich sowohl Fallzunahmen als auch -abnahmen erkennen.

So gingen beispielsweise die Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten (Fälle) im Spital Zofingen um 42 (11%) zurück. Auch die Klinik Villa im Park verzeichnete einen Rückgang von 63 Fällen (10%). Zugenommen haben die Behandlungen hingegen am Kantonsspital Nidwalden mit 47 Fällen (18%) und am Universitätsspital Zürich mit 44 Fällen (15%).

8.2.4.3 Ausserkantonale Behandlung nach Herkunft

Der Patientenstrom in andere Kantone verdeutlicht einerseits, dass für die Luzerner Bevölkerung – vor allem aus den nördlichen und nordwestlichen Kantonsregionen – die Nähe zu Grenzspitälern für eine Behandlung entscheidend ist. Dies betrifft die Kantone Aargau und Bern. Andererseits lässt vor allem die Stadt- und Agglomerationsbevölkerung Luzerns ausserkantonale Behandlungen in Zentralschweizer und Zürcher Spitälern vornehmen.

Die Bevölkerung im Wahlkreis Willisau weist mit 25 Prozent aller Hospitalisierungen die höchste Zahl von ausserkantonalen Behandlungen auf. Setzt man diese Fallzahl in Relation zur Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner, so fällt dieses Ergebnis im Vergleich zu den anderen Regionen noch deutlicher aus. Im Wahlkreis Willisau lassen sich – an der Einwohnerzahl gemessen – dreimal mehr ausserkantonale behandeln als in der Stadt Luzern. Im Wahlkreis Luzern Stadt sind es 897 Fälle respektive 15 Prozent aller Fälle.

Mit etwas mehr als 300 ausserkantonalen Hospitalisierungen weist der Wahlkreis Entlebuch absolut gesehen die kleinste Menge auf. Bezieht man die Einwohnerzahl mit ein, zeigt sich, dass das Entlebuch nicht mehr ausserkantonale Fälle aufweist als die Luzerner Agglomeration oder der Wahlkreis Sursee.

Die Tabelle 12 zeigt den Patienten- beziehungsweise Behandlungsstrom der Luzerner Bevölkerung im Jahr 2013 in andere Kantone.

Tabelle 12: Ausserkantonale Fälle von Luzernerinnen und Luzernern nach Herkunft beziehungsweise Wahlkreis³⁷ und Behandlungskanton, 2013

Ausserkantonale Behandlung im Kanton ... Wahlkreis (Herkunft)	AG	BE	ZH	NW, OW, SZ, UR, ZG	andere Kantone	Total
Luzern-Stadt	54	108	302	274	159	897
Luzern-Land	117	113	375	552	190	1347
Hochdorf	446	80	204	184	143	1057
Sursee	472	92	158	55	120	897
Willisau	719	491	118	31	121	1480
Entlebuch	24	199	34	20	45	322
Total aller Wahlkreise	1832	1083	1191	1116	778	6000

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

8.2.4.4 Ausserkantonale Behandlung nach Leistungsbereich

Rund ein Drittel der ausserkantonalen Fälle betraf das sogenannte «Basispaket», also den Bereich der Grundversorgung, gefolgt von den Bereichen Bewegungsapparat chirurgisch, Geburtshilfe, Neugeborene und Herz. Auf diese fünf Leistungsbereiche entfielen 2013 über drei Viertel aller ausserkantonalen Fälle und zwei Drittel aller ausserkantonalen Pflēgetage.

Im Einzelnen ist der Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch zu erwāhnen, der in den Jahren 2011 bis 2013 einen markanten Anstieg der ausserkantonalen Fälle und Pflēgetage von fast 20 Prozent zu verzeichnen hat.

Tabelle 13: Ausserkantonale Fälle und Pflēgetage von Luzernerinnen und Luzernern nach Leistungsbereich, 2011–2013

Leistungsbereiche	Anzahl Fälle			Pflēgetage		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Basispaket	1972	2044	1955	7987	8716	7954
Bewegungsapparat chirurgisch	1305	1448	1555	5974	6325	7468
Geburtshilfe	454	426	430	2131	2055	1794
Neugeborene	378	344	323	1841	1757	1401
Herz	232	268	268	1721	2392	2396
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	185	219	251	574	733	812
Gynäkologie	159	203	185	639	702	708
Urologie	182	177	182	921	919	858
Neurologie	109	116	129	468	688	710
Gefässe	90	106	115	623	915	1125
Gastroenterologie	107	104	97	837	867	743
Viszeralchirurgie	75	75	92	865	747	1005
(Radio-)Onkologie	89	80	83	452	309	346
Pneumologie	79	80	75	623	746	1122
Hämatologie	47	48	56	764	875	870
Neurochirurgie	40	32	43	319	300	397
Transplantationen	35	35	42	573	740	608
Rheumatologie	35	34	39	136	220	249
Dermatologie	27	40	33	151	461	420
Ophthalmologie	15	10	18	33	41	55
Endokrinologie	8	9	13	77	57	118
Nephrologie	17	24	6	193	250	48
schwere Verletzungen	13	11	5	121	89	135
Thoraxchirurgie	14	7	5	193	101	42
Total	5667	5940	6000	28216	31005	31384

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

³⁷ Die Tabelle stützt sich auf die vom BFS angewandte Aufteilung des Kantons Luzern in sogenannte MedStat-Regionen. Das sind geografische Regionen, die durch eine Zusammenlegung mehrerer Postleitzahlen gebildet werden und die genügend gross sind, damit man anonymisiert für jede hospitalisierte Person einen Wohnort angeben kann. Für den Kanton Luzern gibt es insgesamt 36 MedStat-Regionen, die sich grossmehrheitlich auf die sechs Wahlkreise beziehungsweise Bezirke einteilen lassen (siehe auch Anhang 5).

8.3 Behandlungen in Luzerner Spitälern

Dieser Abschnitt beschreibt die Leistungen aus Sicht der Spitäler im Kanton Luzern. Betrachtet wird sowohl die Inanspruchnahme von Leistungen der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern als auch aus andern Kantonen und dem Ausland (sog. Inflow).

81 Prozent der total 50 727 Hospitalisierungen in Luzerner Spitälern im Jahr 2013 gehen auf Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Luzern zurück.

75 Prozent aller Hospitalisierungen in Luzerner Spitälern werden im LUKS behandelt. Gut ein Fünftel der Fälle wird in der Hirslanden-Klinik St. Anna betreut.

Nahezu 70 Prozent der ausserkantonalen Hospitalisierungen an Luzerner Spitälern stammt aus den Zentralschweizer Kantonen.

Der Leistungsbereich mit dem höchsten Anteil von Nicht-Luzerner Patientinnen und Patienten betrifft die Ophthalmologie (60%), was auf die wesentliche Bedeutung der Augenklinik am LUKS hinweist. Weitere Bereiche, die stark von der ausserkantonalen Bevölkerung beansprucht werden, sind die Neurochirurgie und die schweren Verletzungen.

Fast drei Viertel aller Hospitalisierungen in Luzerner Spitälern wurden in den allgemeinen Abteilungen behandelt (LUKS 83%, Hirslanden-Klinik St. Anna 44%). 18 Prozent der hospitalisierten Patientinnen und Patienten liessen sich halbprivat behandeln, nur 7 Prozent privat.

8.3.1 Inanspruchnahme von Leistungen

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 50 727 stationäre Fälle in akutsomatischen Abteilungen in Luzerner Spitälern gezählt, davon kamen 81 Prozent aus dem Kanton Luzern.

Tabelle 14: Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflegetage), nach Herkunft, Akutsomatik, 2013

Wohnkanton (Herkunft)	Anzahl Fälle	Anteil Fälle in %	Anzahl Pflegetage
Kanton Luzern	41 160	81,1	238 504
andere Kantone (inkl. Ausland)	9 567	18,9	52 962
<i>Total</i>	<i>50 727</i>	<i>100,0</i>	<i>291 466</i>

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

8.3.2 Fälle und Pflegetage im Kanton Luzern nach Spital

Rund drei Viertel aller Fälle respektive Patientinnen und Patienten wurden im LUKS behandelt. Auf die Hirslanden-Klinik St. Anna entfiel gut ein Fünftel aller Hospitalisierungen.

Tabelle 15: Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflegetage), nach Spital, Akutsomatik, 2013

Spital	Anzahl Fälle	Anteil Fälle in %	Anzahl Pflegetage
LUKS	38 164	75,2	225 955
Hirslanden-Klinik St. Anna	10 769	21,2	58 097
Hirslanden-Klinik Meggen	1 070	2,1	3 058
SPZ	146	0,3	2 017
Geburtschaus Terra Alta	578	1,1	2 339
<i>Total</i>	<i>50 727</i>	<i>100,0</i>	<i>291 466</i>

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

8.3.3 Fälle in Luzerner Spitälern nach Wohnkanton

Von den 6999 ausserkantonalen Hospitalisierungen im LUKS im Jahr 2013 stammen 19 Prozent aus dem Kanton Zug, 15 Prozent aus Schwyz, 13 Prozent aus Nidwalden, 12 Prozent aus Obwalden, 8 Prozent aus Uri und 10 Prozent aus dem Kanton Aargau.

Von den 1910 ausserkantonalen Hospitalisierungen in der Hirslanden-Klinik St. Anna im Jahr 2013 stammen 25 Prozent aus dem Kanton Nidwalden, 21 Prozent aus Schwyz, 14 Prozent aus Obwalden, 11 Prozent aus Zug und je 6 Prozent aus Uri und 7 Prozent aus dem Kanton Aargau.

Tabelle 16: Anzahl Hospitalisierungen in Luzerner Spitälern, nach Spital und Wohnkanton, 2011–2013

Spital Herkunft/Kanton	2011	LUKS 2012	2013	Hirslanden-Klinik 2011	St. Anna 2012	2013	Hirslanden-Klinik 2011	Meggen 2012	2013	SPZ 2011	2012	2013	Geburtshaus Terra Alta 2011	2012	2013
Luzern	31 725	30 677	31 165	8 496	8 753	8 859	715	649	600	–	58	50	393	482	486
Zug	1 366	1 282	1 308	140	176	204	47	62	65	–	4	1	12	10	10
Schwyz	965	946	1 022	366	355	393	86	71	58	–	2	5	2	6	8
Nidwalden	862	816	923	455	450	479	106	108	134	–	6	1	–	–	–
Obwalden	851	836	869	251	277	259	59	75	109	–	2	1	–	–	–
Uri	606	544	562	69	107	106	19	26	27	–	–	1	–	–	–
Aargau	569	607	715	98	101	128	22	18	24	–	25	19	27	35	36
Zürich	318	293	321	76	48	93	16	19	20	–	5	9	9	–	4
Tessin	303	296	335	62	57	68	1	1	1	–	3	–	–	–	–
Bern	194	155	186	15	17	25	7	5	6	–	12	36	22	11	15
Rest	642	697	758	118	134	155	23	18	26	–	24	23	10	16	19
Total	38 401	37 149	38 164	10 146	10 475	10 769	1 101	1 052	1 070	–	141	146	475	560	578

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

SPZ: Alle Fälle vor dem Jahr 2012 wurden dem Bereich Rehabilitation zugeordnet.

Rest: restliche Kantone, inklusive Ausland.

8.3.4 Behandlungen von Nicht-Luzernerinnen und Nicht-Luzernern nach Wohnkanton

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 9567 Hospitalisierungen von Nicht-Luzernerinnen und Nicht-Luzernern (7464 Patientinnen und Patienten) gezählt, die total 52 962 Pflgetage in Luzerner Spitälern beanspruchten.

Die grosse Mehrheit der Hospitalisierten – nämlich nahezu 70 Prozent – kommt aus den Zentralschweizer Kantonen. Im akuten somatischen Bereich nimmt der Kanton Luzern also eine wichtige Zentrumsfunktion für die umliegenden Kantone wahr. Das Total der ausserkantonalen Patientenströme in den Kanton Luzern hat sich im Rahmen des revidierten KVG im Jahr 2012 nicht gross verändert, hingegen zeigt sich bei einigen Kantonen eine deutliche Zunahme der Patientenströme im Jahr 2013. Dies ist zum Beispiel bei den Kantonen Aargau und Nidwalden der Fall. Aufgrund der kurzen Zeitspanne können derzeit aber noch keine klaren Trendaussagen gemacht werden.

Tabelle 17: Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflgetage), nach Wohnkanton, Akutsumatik, 2011–2013

Wohnkanton	Fälle pro Jahr			Fälle in %			Anzahl Pflgetage		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Aargau	716	786	922	8,1	9,0	9,6	3844	3812	4296
Bern	238	200	268	2,7	2,3	2,8	1129	1040	1906
Nidwalden	1423	1380	1537	16,2	15,8	16,1	8212	8447	8694
Obwalden	1161	1190	1238	13,2	13,6	12,9	7070	7356	7463
Schwyz	1419	1380	1486	16,1	15,8	15,5	8120	7937	8382
Tessin	366	357	404	4,2	4,1	4,2	2480	2288	2767
Uri	694	677	696	7,9	7,7	7,3	4582	4540	3819
Zug	1565	1534	1588	17,8	17,5	16,6	8539	8541	8429
Zürich	419	365	447	4,8	4,2	4,7	2106	1690	2248
übrige Kantone	461	591	629	5,2	6,7	6,6	2690	2931	3084
Ausland	332	298	352	3,8	3,4	3,7	1782	1640	1874
Total	8794	8758	9567	100,0	100,0	100,0	50 554	50 222	52 962

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

8.3.5 Behandlungen von Nicht-Luzernerinnen und Nicht-Luzernern nach Spital

7000 Hospitalisierungen (73% aller ausserkantonalen Fälle) wurden im LUKS behandelt. 20 Prozent der Hospitalisierungen (1910) weist die Hirslanden-Klinik St. Anna auf. Die restlichen verteilen sich auf die Hirslanden-Klinik Meggen, das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) und das Geburtshaus Terra Alta.

Bemerkenswert ist die im Jahr 2013 ansteigende Zahl von Fällen und Pflgetagen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in allen innerkantonalen Spitälern im Jahr 2013. Dies ist besonders im LUKS und in der Hirslanden-Klinik St. Anna zu beobachten.

Tabelle 18: Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflegetage), nach Spital, 2011–2013

Spital	Anzahl Fälle			Anzahl Fälle in % (2013)	Anzahl Pflegetage		
	2011	2012	2013		2011	2012	2013
LUKS	6676	6472	6999	73,2	39 530	38 201	39 399
Hirslanden-Klinik St. Anna	1650	1722	1910	20,0	9 441	9 514	10 350
Hirslanden-Klinik Meggen	386	403	470	4,9	1 216	1 262	1 328
SPZ	*	83	96	1,0	*	641	1 501
Geburtshaus Terra Alta	82	78	92	1,0	367	304	384
Total	8794	8758	9567	100,0	50 554	50 222	52 962

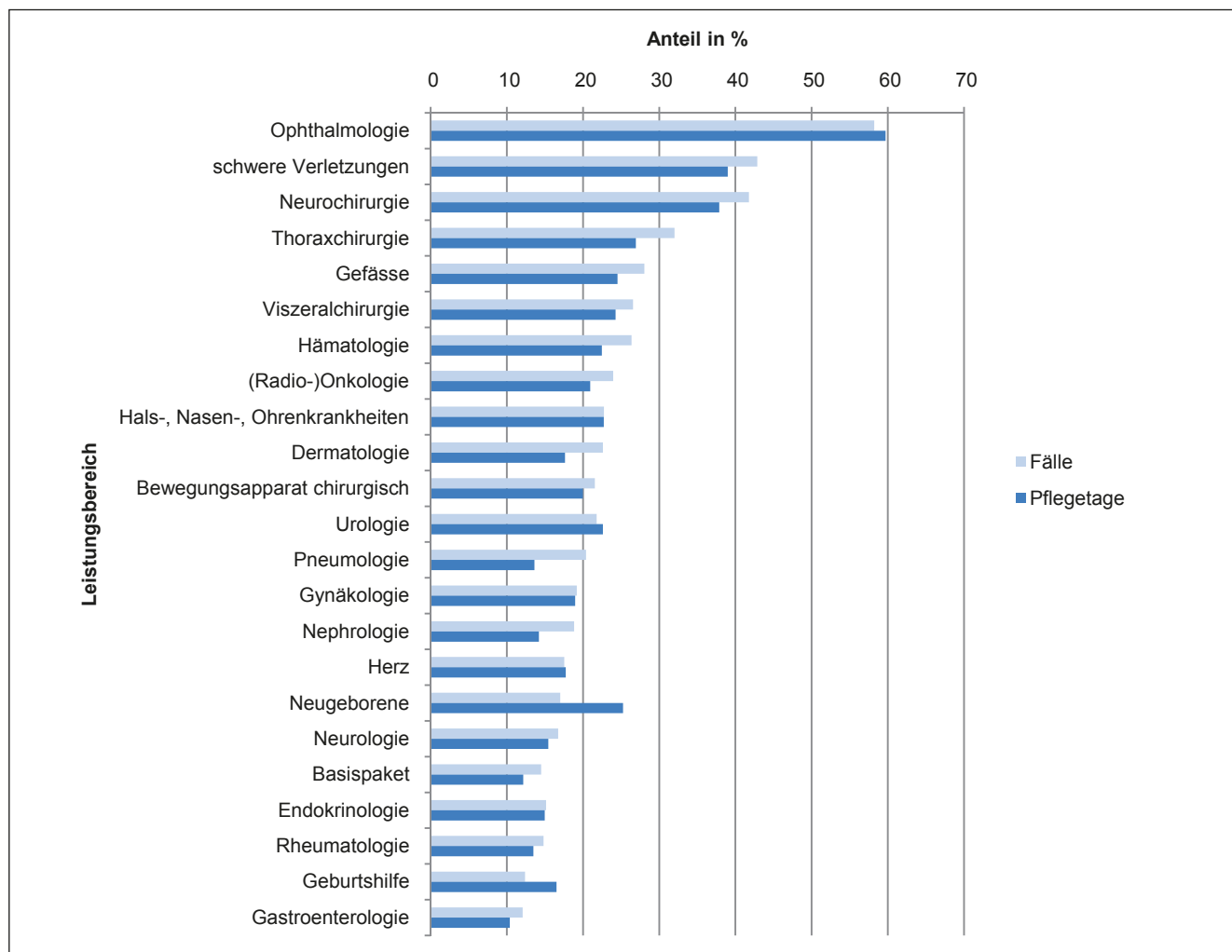
Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

*SPZ: Alle Fälle vor dem Jahr 2012 wurden dem Bereich Rehabilitation zugeordnet.

8.3.6 Nicht-Luzerner Fälle und Pflegetage nach Leistungsbereichen

Die folgende Abbildung zeigt, für welche Art von Leistungen die 7464 Nicht-Luzerner Patientinnen und Patienten in den Luzerner Spitälern behandelt wurden. Aufgelistet sind die ausserkantonalen Anteile je akutsomatischem Leistungsbereich für das Jahr 2013.

Abbildung 11: Anteile ausserkantonomer Fälle und Pflegetage, nach Leistungsbereich, 2013



Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

An der Spitze steht der Leistungsbereich der Ophthalmologie (Augenheilkunde) mit einem Anteil von fast 60 Prozent von Nicht-Luzernerinnen und Nicht-Luzernern (740 von 1271 Fällen). Insbesondere die Augenklinik am LUKS hat ein grosses Einzugsgebiet weit über die Region Zentralschweiz hinaus.

Aber auch andere Bereiche werden von der ausserkantonalen Bevölkerung sehr stark beansprucht. So beträgt der ausserkantonale Anteil an neurochirurgischen Behandlungen rund 42 Prozent (94 von 225 Fällen), und auch schwere Verletzungen weisen mit 43 Prozent (36 von 84 Fällen) einen hohen Nicht-Luzerner-Anteil auf. Hingegen liegt der Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den Bereichen der Grundversorgung (Basispaket [Chirurgie und Innere Medizin]) und Geburtshilfe mit rund 15 beziehungsweise 12 Prozent relativ tief.

Bei den Pflgetagen sieht das Bild ähnlich aus. Eine Ausnahme bildet der Bereich der Neugeborenen, wo die ausserkantonalen Hospitalisierungen einen markant hohen Anteil von 25 Prozent an Pflgetagen aufweisen (4190 von 16590 Pflgetagen). Dies hängt mit der Zentrumsfunktion des Kinderspitals am LUKS zusammen, welches zahlreiche Frühgeborene mit hohem Pflegeaufwand auch aus den umliegenden Kantonen behandelt.

8.3.7 Inanspruchnahme der Luzerner Spitäler nach Liegeklasse

Insgesamt waren 2013 drei Viertel aller Hospitalisierungen (74,6%) in Luzerner Spitälern der Klasse «allgemein» zugeordnet, 18,2 Prozent der Klasse «halbprivat» und 7,2 Prozent der Klasse «privat».

Am LUKS werden rund 83 Prozent aller Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung behandelt, 13 Prozent in der halbprivaten und etwas über 4 Prozent in der privaten Abteilung.

An der Hirslanden-Klinik St. Anna werden rund 44 Prozent der Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung behandelt, 38 Prozent in der halbprivaten und knapp 18 Prozent in der privaten Abteilung. In der Hirslanden-Klinik Meggen betrug der Anteil Allgemeinversicherte rund 70 Prozent.

Tabelle 19: Inanspruchnahme (Fälle) der Luzerner Spitäler nach Liegeklasse, 2013

Spital	Liegeklasse						Total
	allgemein	in %	halbprivat	in %	privat	in %	
LUKS	31 644	82,9	4893	12,8	1627	4,3	38 164
Hirslanden-Klinik St. Anna	4 768	44,3	4080	37,9	1921	17,8	10 769
Hirslanden-Klinik Meggen	753	70,4	242	22,6	75	7,0	1 070
SPZ	112	76,7	25	17,1	9	6,2	146
Geburtshaus Terra Alta	575	99,5	3	0,5	0	0	578
Total	37 852	74,6	9 243	18,2	3 632	7,2	50 727

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

Tabelle 20: Inanspruchnahme (Fälle) der Luzerner Spitäler nach Liegeklasse, 2012

Spital	Liegeklasse						Total
	allgemein	in %	halbprivat	in %	privat	in %	
LUKS	30 740	82,8	4801	12,9	1608	4,3	37 149
Hirslanden-Klinik St. Anna	4 523	43,2	3990	38,1	1962	18,7	10 475
Hirslanden-Klinik Meggen	508	48,3	444	42,2	100	9,5	1 052
SPZ	109	77,3	20	14,2	12	8,5	141
Geburtshaus Terra Alta	560	100,0	0	0	0	0	560
Total	36 440	73,8	9 255	18,7	3 682	7,5	49 377

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

Im Zweijahresvergleich 2012/2013 ist zu beobachten, dass sich die Verhältnisse im LUKS anteilmässig nur sehr wenig verändert haben. In der Hirslanden-Klinik St. Anna ist die Zahl der in der allgemeinen Abteilung behandelten Fälle um 245 angestiegen. In der halbprivaten Liegeklasse weist die Klinik einen leichten Anstieg von 90 Patientinnen und Patienten auf.

Im Vergleich zum Jahr 2011 (an dieser Stelle nicht abgebildet) ist ein markanter Anstieg von Patientinnen und Patienten zu verzeichnen, die sich in einer allgemeinen Abteilung der Hirslanden-Klinik St. Anna oder der Hirslanden-Klinik Meggen behandeln liessen.

Diese Verschiebungen von der privaten zur allgemeinen Abteilung sind wohl auch auf die neue Spitalfinanzierung zurückzuführen, die Privatspitäler wie auch öffentliche Spitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten dazu verpflichtet, alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Kanton Luzern aufzunehmen.

8.4 Interkantonale Patientenströme

Stark positive Saldi – also Netto-Zuströme – sind zwischen dem Kanton Luzern und allen anderen Zentralschweizer Kantonen zu beobachten. Der Netto-Zustrom in den Kanton Luzern hat sich im Jahr 2012 zuerst verringert, ist jedoch im Jahr 2013 markant von 2818 auf 3567 Hospitalisierungen angestiegen.

Negative Saldi – also Netto-Wegströme von Personen – gibt es hauptsächlich zwischen dem Kanton Luzern und den Kantonen Aargau, Bern und Zürich.

Die folgende Tabelle zeigt, mit welchen Kantonen der Kanton Luzern einen positiven oder einen negativen Patientenstrom-Saldo aufweist.

Tabelle 21: Interkantonale Patientenströme (Hospitalisierungen bzw. Fälle) nach Kanton, 2011–2013

Kanton	Hospitalisierung im Kanton Luzern der Nicht-Luzerner Bevölkerung aus dem Wohnkanton ...			ausserkantonale Hospitalisierung der Luzerner Bevölkerung in den Kanton ...			Saldo bzw. Zu-/Wegstrom von Patientinnen und Patienten (Nettobetrachtung)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Aargau	716	786	922	1917	1936	1832	–1201	–1150	–910
Bern	238	200	268	966	1102	1083	–728	–902	–815
Nidwalden	1423	1380	1537	291	331	384	1132	1049	1153
Obwalden	1161	1190	1238	79	69	107	1082	1121	1131
Schwyz	1419	1380	1486	127	142	165	1292	1238	1321
Tessin	366	357	404	80	61	72	286	296	332
Uri	694	677	696	25	27	19	669	650	677
Zug	1565	1534	1588	359	394	441	1206	1140	1147
Zürich	419	365	447	1113	1109	1191	–694	–744	–744
übrige Kt.	461	591	629	710	769	706	–249	–178	–77
Ausland	332	298	352	0	0	0	332	298	352
Total	8794	8758	9567	5667	5940	6000	3127	2818	3567

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

Der Vergleich zwischen 2011 und 2013 zeigt, dass sich der Netto-Zustrom im Jahr 2012 zuerst verringert hat und danach im Jahr 2013 markant angestiegen ist (von 2818 auf 3567); dies, weil die Anzahl Hospitalisierungen der Nicht-Luzerner Bevölkerung stark gestiegen ist, während die ausserkantonale Hospitalisierung der Luzerner Bevölkerung zwischen 2012 und 2013 gleich hoch geblieben ist. Auffallend ist die Veränderung im Hinblick auf den Kanton Aargau, wo der Netto-Wegstrom von Patientinnen und Patienten um 24 Prozent abgenommen hat.

Diese Veränderungen lassen die Schlussfolgerung zu, dass die KVG-Revision (u. a. Einführung der freien Spitalwahl) auf die interkantonalen Patientenströme in den Jahren 2012 und 2013 einen gewissen Einfluss ausgeübt hat beziehungsweise künftig einen solchen ausüben könnte. Ob der ansteigende Trend des Netto-Zustroms von Patientinnen und Patienten in den Kanton Luzern weiter anhalten wird, ist noch ungewiss.

8.5 Innerkantonale Patientenströme

Die innerkantonalen Patientenströme im Jahr 2013 zeigen, dass für stationäre Behandlungen eine klare Mehrheit der Bevölkerung der Wahlkreise Entlebuch und Sursee den jeweiligen Spitalstandort Wolhusen oder Sursee wählt (68% und 56%).

Mehr als 60 Prozent der Bevölkerung aus der Stadt und Agglomeration Luzern liessen sich im LUKS Luzern behandeln, etwas mehr als 30 Prozent an der Hirslanden-Klinik St. Anna.

Tabelle 22: Innerkantonale Patientenströme: Herkunft und Zielspital, 2013 (Anzahl Fälle, Luzerner Bevölkerung)

Herkunft der Patientinnen und Patienten (Wahlkreis)	Total	%Anteil	Zielspitäler (nach Standort)						
			LUKS Luzern	LUKS Sursee	LUKS Hirsland. Wolhusen	Klinik St. Anna	Hirsland. Klinik Meggen	Terra Alta	SPZ
Luzern-Stadt	9751	23,7	6210	101	105	3120	147	62	6
Luzern-Land	10362	25,2	6329	126	426	3145	275	57	4
Hochdorf	7372	17,9	4526	841	71	1712	124	91	7
Sursee	6730	16,4	1537	3778	596	564	37	199	19
Willisau	4441	10,8	957	1976	1243	181	10	63	11
Entlebuch	2504	6,1	598	46	1699	137	7	14	3
Total	41 160	100,0	20 157	6868	4140	8859	600	486	50
%-Anteil	100,0		49,0	16,7	10,1	21,5	1,5	1,2	0,1

Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

68 Prozent der Patientinnen und Patienten aus dem Wahlkreis Entlebuch wählten den LUKS-Standort Wolhusen für die stationäre Behandlung; nahezu ein Viertel liess sich im LUKS in Luzern (Zentrumsspital) behandeln.

61 Prozent der Patientinnen und Patienten aus dem Wahlkreis Hochdorf liessen sich im LUKS in Luzern behandeln; fast ein Viertel wählte die Hirslanden-Klinik St. Anna.

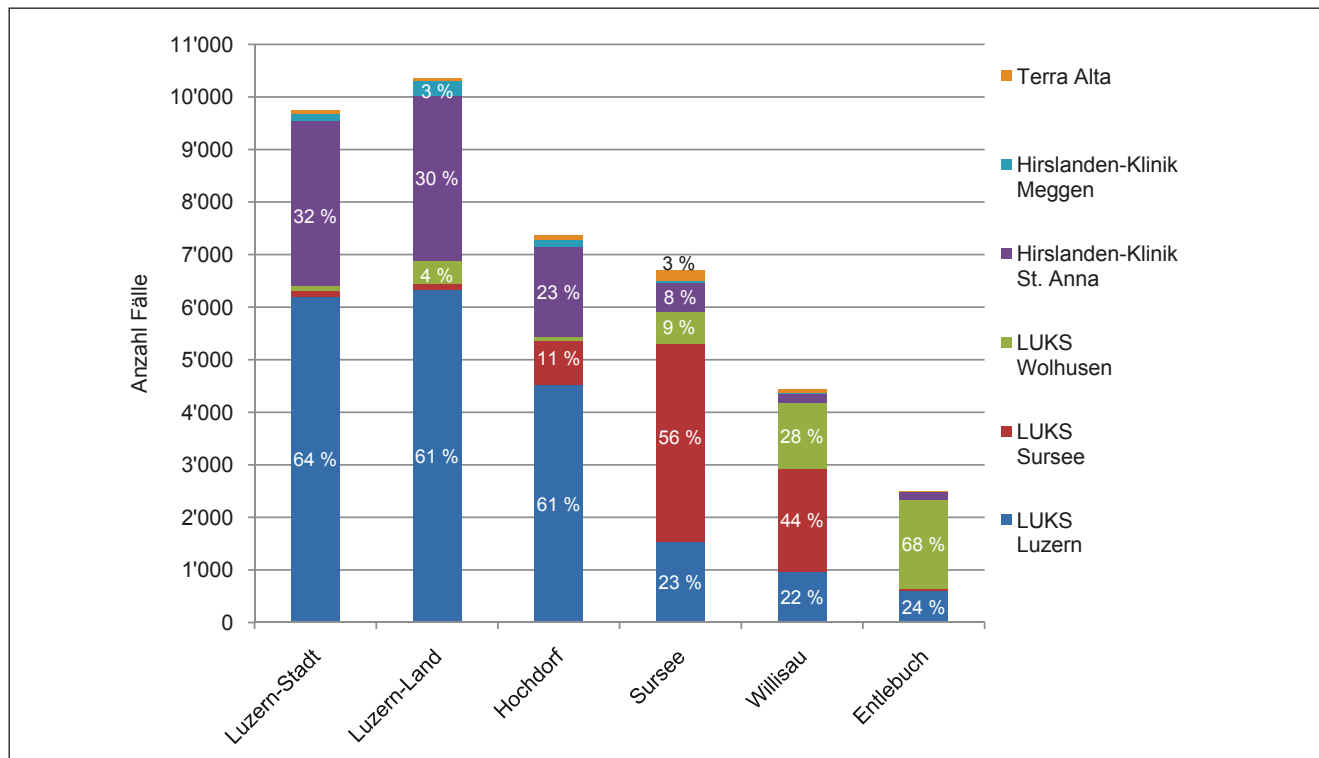
Die Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Wahlkreis Luzern-Land liessen sich wie die Bevölkerung aus Hochdorf zu 61 Prozent im LUKS in Luzern behandeln. Fast jeder dritte Fall aus dieser Region wurde an der Hirslanden-Klinik St. Anna behandelt. Eine sehr ähnliche Verteilung ist auch in der Stadt Luzern zu beobachten.

Rund 56 Prozent der Bevölkerung aus dem Wahlkreis Sursee liessen sich am LUKS-Standort Sursee und etwas mehr als jede fünfte Person im LUKS Luzern behandeln.

Relativ ausgeglichen ist die Spitalwahl bei der Bevölkerung aus dem Wahlkreis Willisau. Ein grosser Teil (44%) begab sich ins LUKS nach Sursee, 28 Prozent nach Wolhusen und 22 Prozent nach Luzern.

Die Ergebnisse sind weiter unten grafisch dargestellt. Wird die zeitliche Entwicklung der Patientenströme verglichen, sind minime Bewegungen zwischen 2011 und 2013 auszumachen (nur das Jahr 2013 ist abgebildet). Die innerkantonalen Patientenströme zwischen Herkunft und Zielspitälern haben sich zumindest ein Jahr nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung wenig verändert.

Abbildung 12: Innerkantonale Patientenströme 2013: Herkunft und prozentualer Anteil der Fälle (je Wahlkreis) nach Spital, Luzerner Bevölkerung



Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

8.6 Einzugsgebiete der Spitäler für innerkantonale Behandlungen

In den folgenden Abbildungen 13 bis 16 sind die Einzugsgebiete des LUKS mit den Standorten Wolhusen, Sursee und Stadt Luzern sowie diejenigen der Hirslanden-Klinik St. Anna im Jahr 2013 dargestellt. Abgebildet ist der Anteil der Patientinnen und Patienten im entsprechenden Spital (bezogen auf alle im Kanton Luzern hospitalisierten Personen einer MedStat-Region).

Abbildung 13: Einzugsgebiet des Luzerner Kantonsspitals Standort Wollhusen, 2013

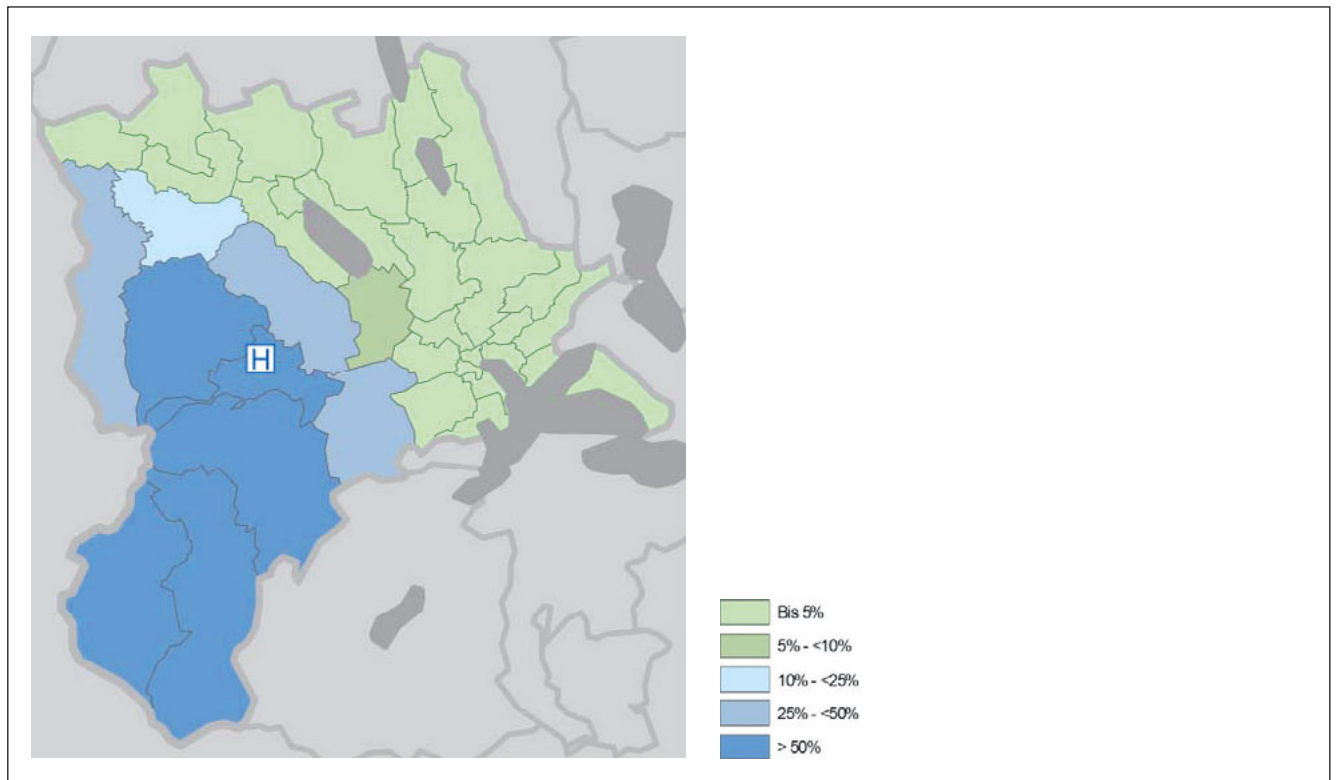


Bild- und Datenquelle: Obsan

Abbildung 14: Einzugsgebiet des Luzerner Kantonsspitals Standort Sursee, 2013

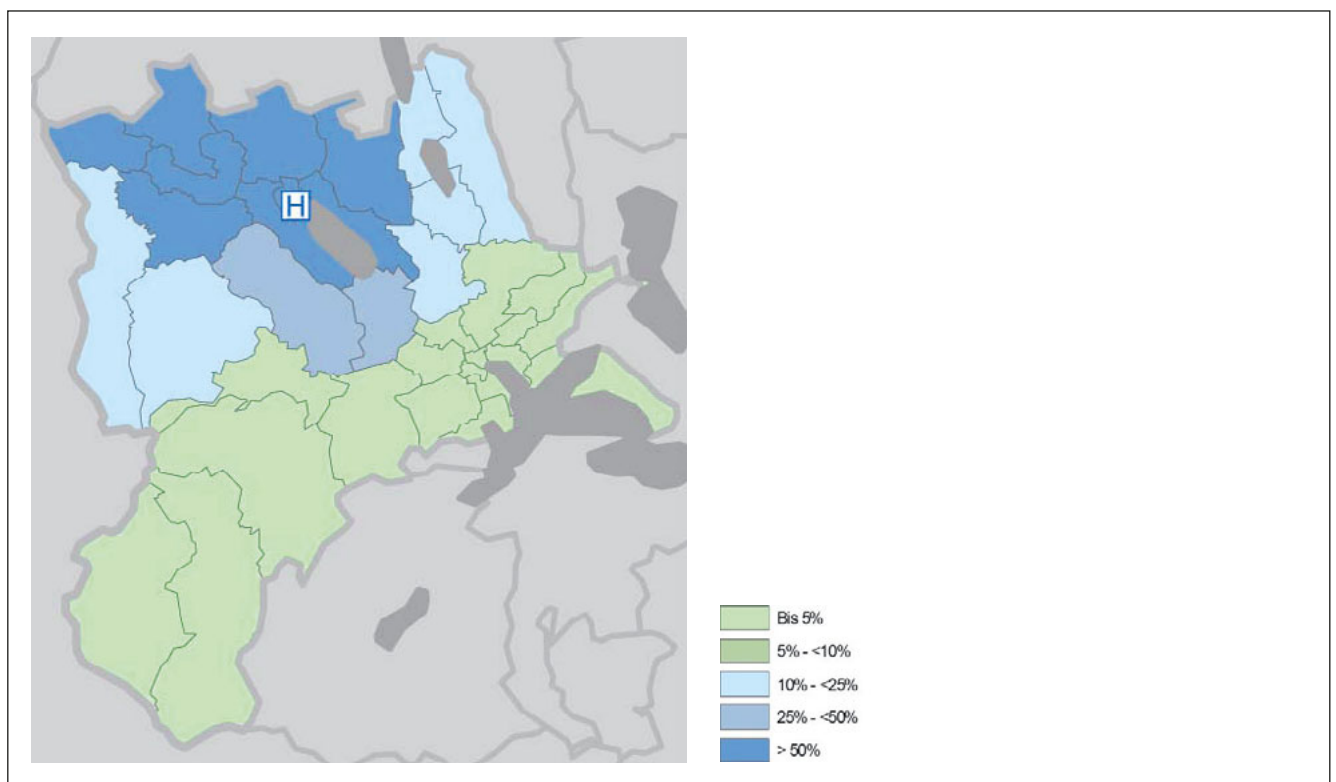


Bild- und Datenquelle: Obsan

Abbildung 15: Einzugsgebiet des Luzerner Kantonsspitals Standort Luzern, 2013

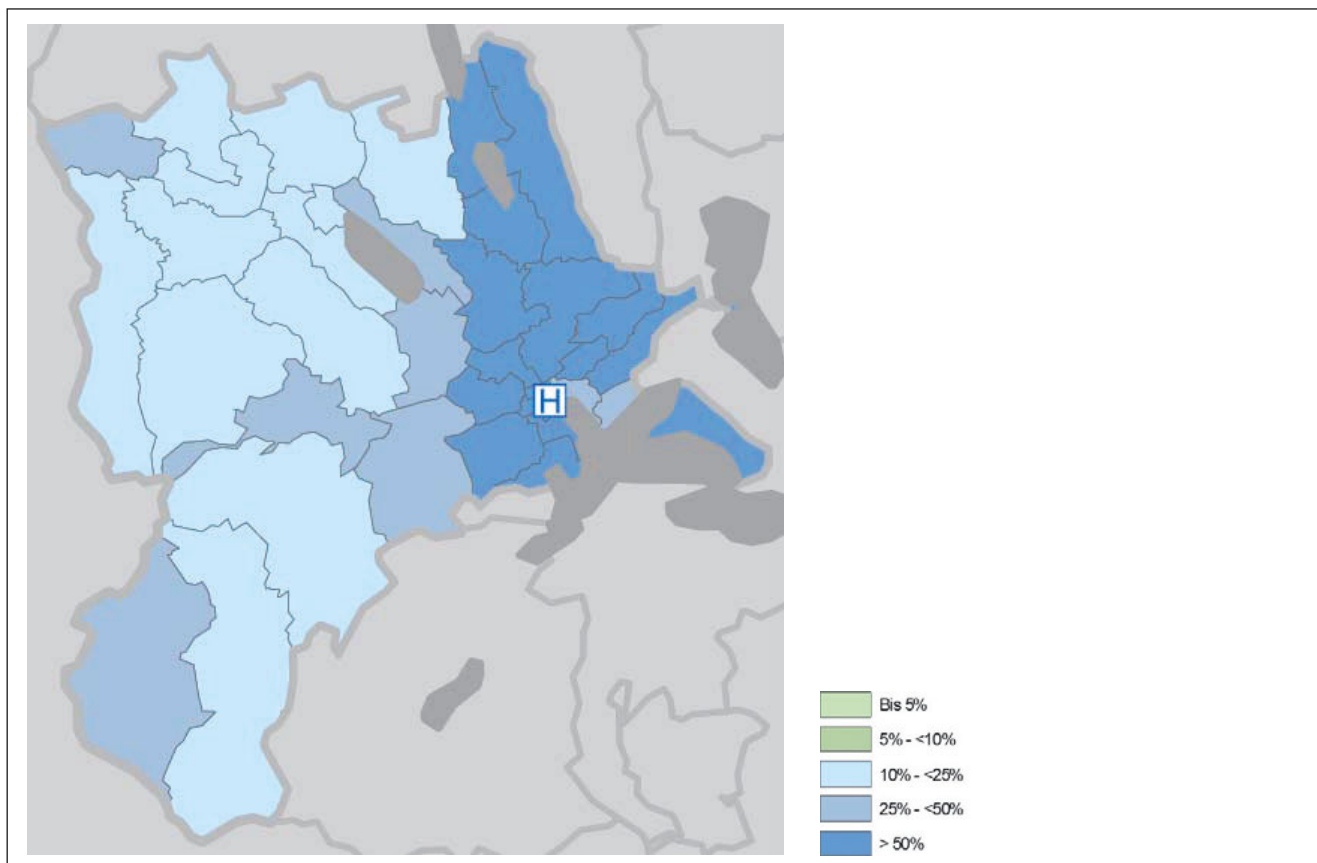


Bild- und Datenquelle: Obsan

Abbildung 16: Einzugsgebiet der Hirslanden-Klinik St. Anna, Luzern, 2013

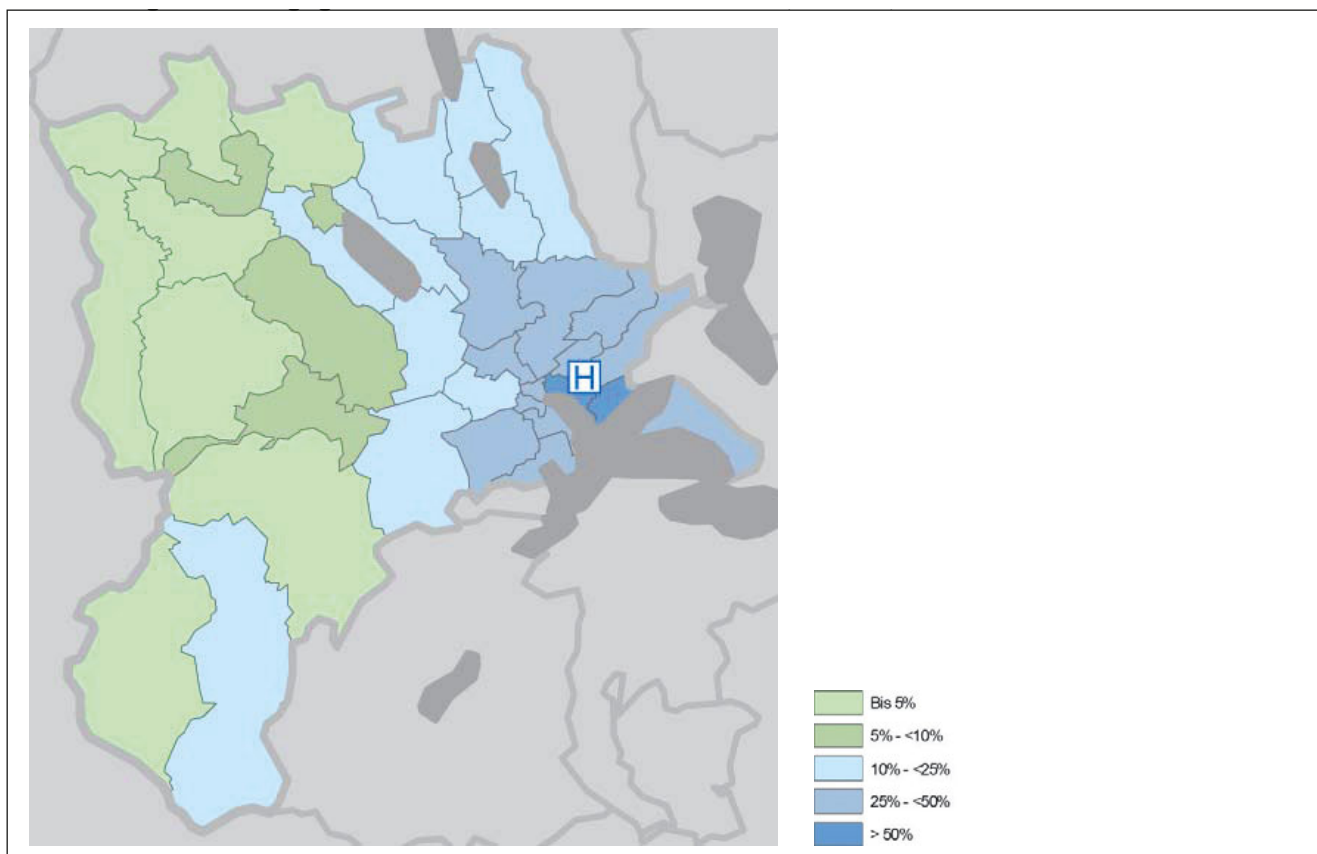


Bild- und Datenquelle: Obsan

8.7 Bedarfsprognosen für die stationäre Akutsomatik im Jahr 2023

8.7.1 Methodik

Die Bedarfsprognose stützt sich auf das vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan entwickelte Modell zur Prognose der Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen als Instrument für die Spitalplanung. Selbstverständlich haben die Prognosen nur eine beschränkte Aussagekraft. Faktoren wie etwa die medizinische Entwicklung können dabei nicht vorausgesagt werden. Der Bedarf und die Prognosen müssen immer wieder den neusten Entwicklungen angepasst werden. Das Raumangebot in Spitälern sollte deshalb zu einem grossen Teil nutzungsneutral und flexibel gestaltet sein.

Für die Erstellung dieser Prognose³⁸ waren die folgenden Parameter ausschlaggebend:

- die kantonale Bevölkerungsentwicklung,
- die Entwicklung der Aufenthaltsdauer und
- die Entwicklung der Nachfrage in den einzelnen Leistungsbereichen.

Bei der Bevölkerungsentwicklung werden standardmässig drei Szenarien berechnet. Im Folgenden wird vom sogenannten mittleren Bevölkerungsszenario ausgegangen. Dieses führt die im Laufe der letzten Jahrzehnte beobachteten Entwicklungen im Kanton fort.

Zudem schätzt das Prognosemodell die künftige Entwicklung der Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen nach Diagnose- und Spitalplanungsleistungsgruppen. Damit lassen sich Szenarien darstellen, die eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer simulieren. Dabei werden vier Szenarien betrachtet:

- Das Szenario «Best» geht davon aus, dass sich die Aufenthaltsdauer für jede einzelne DRG (Diagnosis Related Group) im Kanton bis im Zieljahr 2023 so verkürzt, dass sie der Dauer jener DRG in demjenigen Spital entspricht, welches im Referenzjahr (2013) die kürzesten Aufenthalte für diese DRG in der Schweiz aufweist.
- Beim Szenario «2nd Best» verkürzt sich die Aufenthaltsdauer so, dass sie der Dauer in demjenigen Spital entspricht, welches im Referenzjahr die zweitkürzesten Aufenthalte für diese DRG in der Schweiz aufweist.
- Das Szenario «¼ Best» geht davon aus, dass die Luzerner Spitäler im Jahr 2023 diejenige verkürzte Aufenthaltsdauer aufweisen, welche im Referenzjahr 25 Prozent der Schweizer Spitäler erreichen.
- Beim sogenannten «Referenzszenario» wird von keiner Verkürzung der Aufenthaltsdauer ausgegangen.

Je nach verwendetem Szenario weichen die Prognosen zum Teil erheblich voneinander ab. Zwischen dem Referenzszenario (ohne Aufenthaltsdauerverkürzung) und demjenigen, bei dem sich die Aufenthaltsdauer auf das heute tiefste vorkommende Niveau bis 2022 senkt, ergibt sich ein Schätzkorridor von 259 000 bis 315 000 Pflēgetagen.

Im Folgenden wird vom Szenario «¼ Best» ausgegangen, das heisst, dass die Luzerner Spitäler diejenige (verkürzte) Aufenthaltsdauer aufweisen, welche im Referenzjahr 25 Prozent der Schweizer Spitäler erreichen. Unterschieden werden dabei drei Sichtweisen:

- Sichtweise «Luzerner Wohnbevölkerung»: das heisst Behandlungen von Luzernerinnen und Luzernern in Spitälern des Kantons Luzern wie auch in Spitälern ausserhalb des Kantons (Outflow),
- Sichtweise «Luzerner Spitäler»: das heisst Behandlungen in Luzerner Spitälern von Luzernerinnen und Luzernern wie auch von Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Luzern (Inflow),
- Sichtweise «Outflow»: das heisst nur Behandlungen von Luzernerinnen und Luzernern in ausserkantonalen Spitälern.

8.7.2 Gesamtbedarf an Behandlungen für die Luzerner Bevölkerung

Prognostiziert wird für die Luzerner Bevölkerung in der stationären Akutsomatik bis ins Jahr 2023 eine Zunahme an Pflēgetagen von knapp 10 Prozent auf rund 296 000 Pflēgetage und einen Anstieg der Anzahl Hospitalisierungen von rund 14 Prozent (von 47 160 auf 53 836 Fälle).

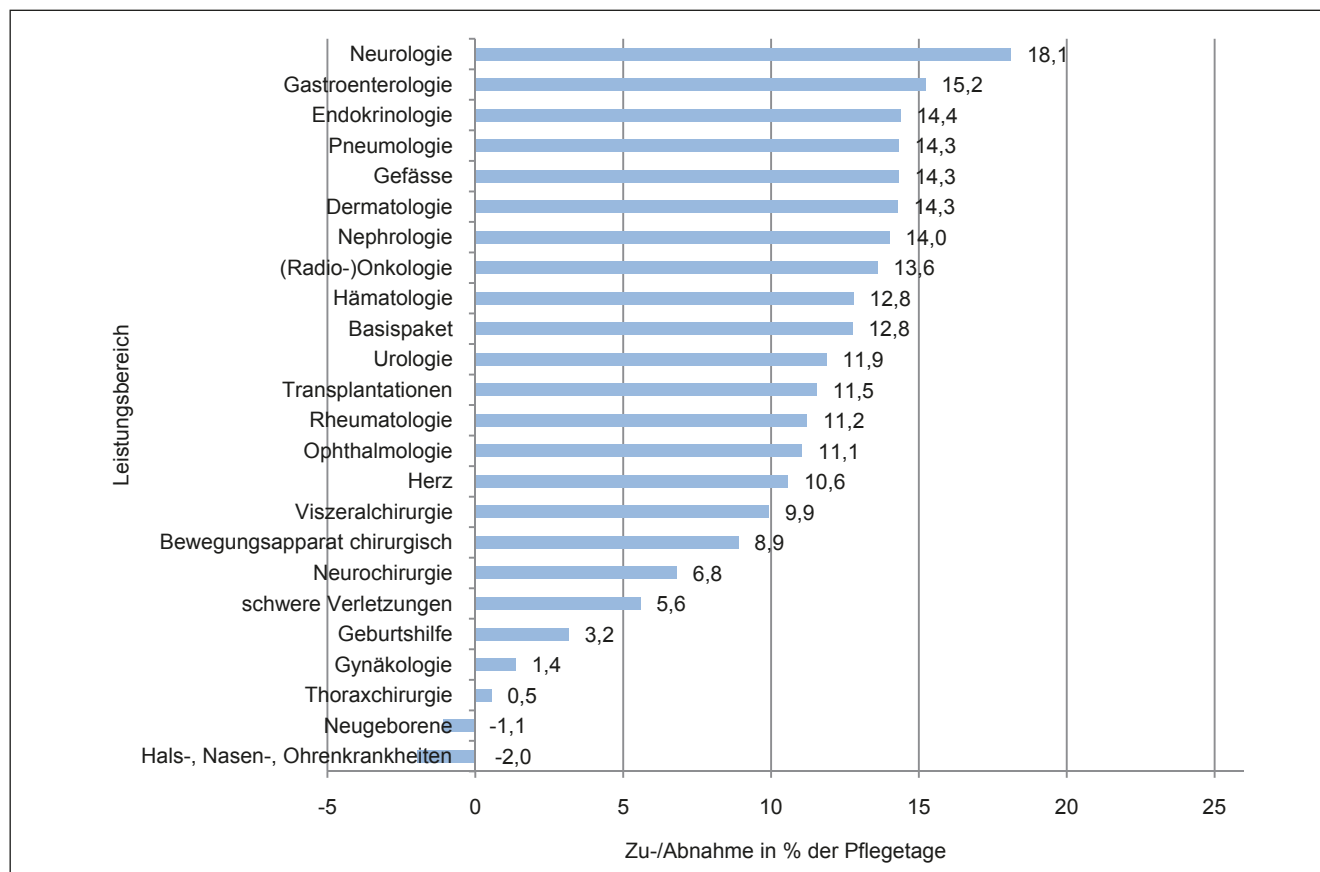
Im Jahr 2013 beanspruchte die Luzerner Bevölkerung (inner- und ausserkantonal) in der stationären Akutsomatik rund 270 000 Pflēgetage (47 160 Fälle). Bezugnehmend auf das «¼ Best»-Szenario wird bis ins Jahr 2023 eine Zunahme auf 296 000 Pflēgetage oder etwa 9,7 Prozent erwartet. Der Anstieg bei der Anzahl Hospitalisierungen beträgt 14,2 Prozent (auf 53 836 Fälle).

Anstiege von mehr als 14 Prozent weisen die Leistungsbereiche zur Behandlung tendenziell chronischer Erkrankungen wie Neurologie, Gastroenterologie, Endokrinologie, Pneumologie, Gefässe und Dermatologie auf. In der Grundversorgung (siehe Basispaket), die mit Abstand den mengenmässig grössten Leistungsbereich darstellt, beträgt die Zunahme an Pflēgetagen immerhin knapp 13 Prozent.

Am anderen Ende der Skala erwartet man Leistungsbereiche mit negativen oder nahe bei null liegenden Veränderungsraten, die eher von jüngeren Personen beansprucht werden. Es sind dies zum Beispiel Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Neugeborene, Thoraxchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe.

³⁸ Einzelheiten vgl. Anhang 6.

Abbildung 17: Zu- und Abnahme von Pflegetagen der Luzerner Wohnbevölkerung zwischen 2013 und 2023, nach Leistungsbereich, in Prozent (Szenario «¼ Best»)



Quelle: BFS – MS, KS, Statpop: mittleres Bevölkerungsszenario, 2013

8.7.3 Bedarf in den Luzerner Spitälern

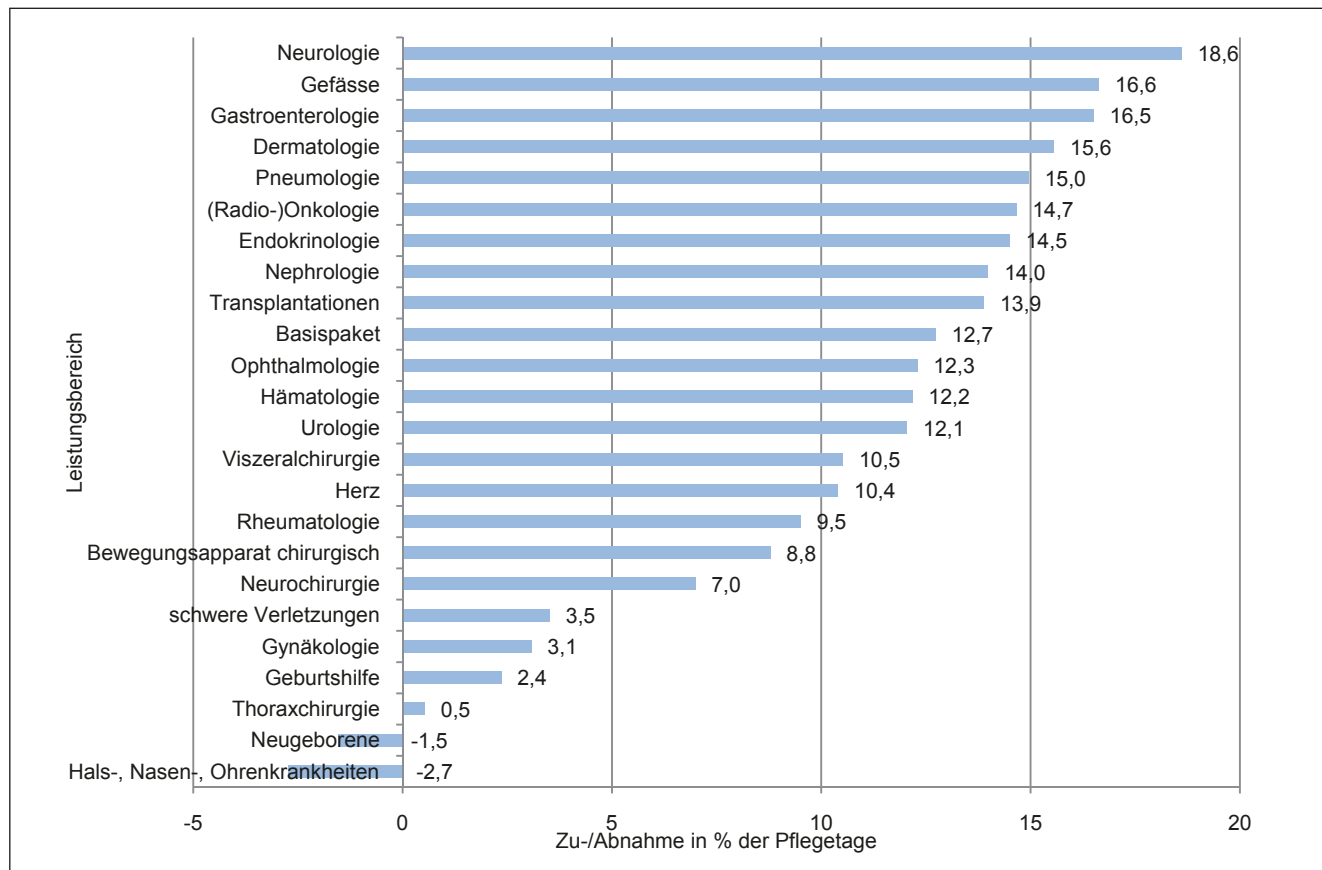
Im Bereich der Grundversorgung (Basispaket), die mengenmässig mit Abstand den grössten Leistungsbereich darstellt, beträgt die Zunahme an Pflegetagen in den Luzerner Spitälern bis ins Jahr 2023 13 Prozent.

Von einem überdurchschnittlichen Anstieg an Pflegetagen in den Luzerner Spitälern sind die Bereiche Neurologie, Gefässe und Gastroenterologie betroffen, dies jedoch auf einem mengenmässig geringen Niveau (bezüglich der absoluten Fallzahlen bzw. Pflegetage).

Wird auch aus Sicht der Luzerner Spitäler das vorsichtige Szenario «¼ Best» betrachtet (Zunahme von rund 291 500 auf 319 000 Pflegetage bzw. 9,5%), so sind besonders folgende Leistungsbereiche mit über 15 Prozent von einem Anstieg der Pflegetage betroffen: Neurologie, Gefässe, Gastroenterologie, Dermatologie und Pneumologie. In der Grundversorgung (siehe Basispaket), die mengenmässig mit Abstand den grössten Leistungsbereich darstellt, beträgt die Zunahme an Pflegetagen rund 13 Prozent.

Einen kleinen Anstieg an Pflegetagen oder sogar negative Veränderungsraten sind auch hier bei Leistungsbereichen anzutreffen, die tendenziell besonders junge Patientinnen und Patienten betreffen. Es sind dies: Gynäkologie, Geburtshilfe, Thoraxchirurgie, Neugeborene und Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Abbildung 18: Zu- und Abnahme von Pflegetagen in Luzerner Spitälern zwischen 2013 und 2023, nach Leistungsbereich, in Prozent (Szenario «¼ Best»)



Quelle: BFS – MS, KS, Statpop: mittleres Bevölkerungsszenario, 2013

8.7.4 Bedarf für die Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Spitälern

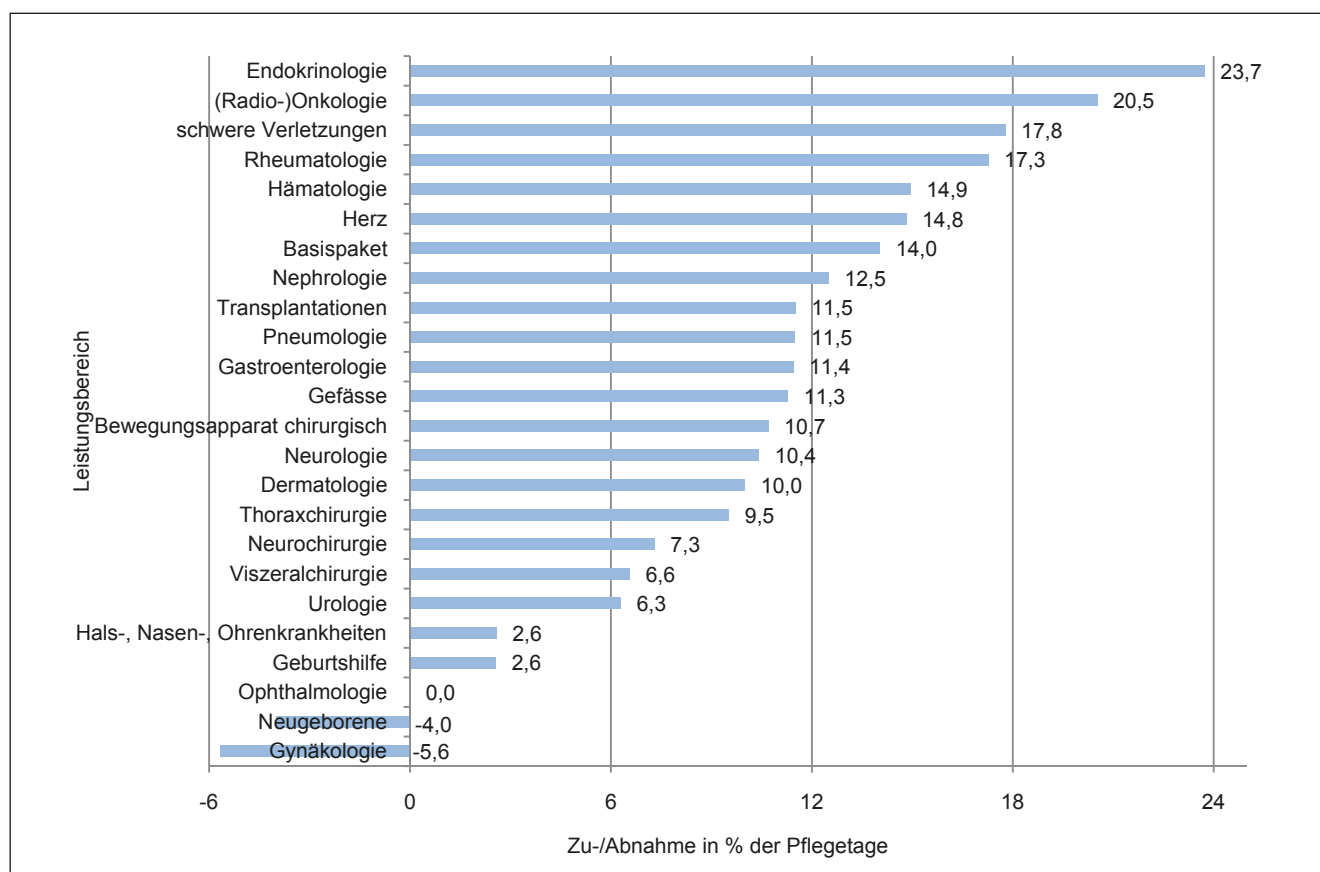
Bei den ausserkantonalen Behandlungen von Luzerner Patientinnen und Patienten wird bis ins Jahr 2023 eine Steigerung der Anzahl Pflegetage von rund 10 Prozent erwartet (überdurchschnittlicher Anstieg in der Endokrinologie und der (Radio-)Onkologie bei wiederum mengenmässig sehr kleinen Fallzahlen).

Bei der Grundversorgung (Basispaket) und im grossen Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch beläuft sich der Anstieg von Pflegetagen auf 14 beziehungsweise 11 Prozent.

Bei den ausserkantonalen Behandlungen der Luzerner Bevölkerung resultiert im untersuchten Zeitraum von 2013 bis 2023 ein Anstieg von insgesamt 3220 Pflegetagen (10,3%). Stark überdurchschnittlich zunehmen wird demnach die Anzahl Pflegetage im Leistungsbereich Endokrinologie, und zwar um 24 Prozent. Zudem sind Zuwachsraten von Pflegetagen von mehr als 14 Prozent zu erwarten in den Bereichen (Radio-)Onkologie, schwere Verletzungen, Rheumatologie, Hämatologie und Herz. Zu erwähnen ist allerdings, dass sich die absoluten Fallzahlen und Pflegetage dieser Bereiche (ausser Herz) auf einem mengenmässig geringen Niveau bewegen.

Keine oder sogar negative Zuwachsraten werden für die Bereiche Ophthalmologie, Neugeborene und Gynäkologie prognostiziert.

Abbildung 19: Zu- und Abnahme von Pflgetagen der Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Spitälern zwischen 2013 und 2023, nach Leistungsbereich, in Prozent (Szenario «¼ Best»)



Quelle: BFS – MS, KS, Statpop: mittleres Bevölkerungsszenario, 2013

8.8 Entwicklung aus Sicht der Spitäler

Wir haben die innerkantonalen akutsomatischen Leistungserbringer eingeladen, die Entwicklung ihrer Leistungsangebote in den nächsten Jahren aufzuzeigen. Im Folgenden werden die Ausführungen der Spitäler im Kanton Luzern zur künftigen, längerfristigen Entwicklung wiedergegeben. Es geht um Einschätzungen zum medizinischen Leistungsangebot, zu Herausforderungen, zu Prognosen, zu Investitionen und auch zu Kooperationen.

Die Spitäler im Kanton Luzern sind auf eine wachsende Patientenzahl und eine sich verändernde Patientenstruktur gut vorbereitet. Dies zeigt sich auch in den vielen geplanten Investitionsvorhaben (Erweiterungs- und Neubauten), die in vielen Spitälern im Kanton Luzern in den nächsten Jahren anstehen.

8.8.1 Luzerner Kantonsspital

8.8.1.1 Angebot, Leistungsspektrum und Herausforderungen

Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) will sein medizinisches Angebot im Sinn einer umfassenden und wohnortsnahen Basisversorgung für die Luzerner und Zentralschweizer Bevölkerung weiterentwickeln und die Zentrumsmedizin am Standort Luzern für die ganze Zentralschweiz stärken. Unabdingbar für das LUKS ist die zukünftige Verknüpfung von Lehre und Forschung für die Qualitätsentwicklung der medizinischen Versorgung.

Durch die Abdeckung einer spezialisierten und bedarfsgerechten Notfallversorgung an allen Standorten soll der Bevölkerung jederzeit ein hochstehendes, interdisziplinäres Angebot der inneren Medizin und der Chirurgie sowie in der bildgebenden, nuklearmedizinischen und Labor-Diagnostik zur Verfügung stehen. Der unmittelbare Beizug aller verfügbaren spezialisierten Fachdisziplinen innerhalb des LUKS soll eine qualitativ hochstehende und jederzeit verfügbare Patientenversorgung ermöglichen. Um insbesondere den Bedürfnissen der alternden Bevölkerung gerecht zu werden, baut das LUKS die Versorgungsangebote in der Geriatrie und Alterstraumatologie laufend aus.

Die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung soll in interdisziplinären Zentren entwickelt werden, sodass im Sinn der Patientenzentrierung die bestmöglichen Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Die spezialisierte Versorgung soll in den Bereichen Viszeralchirurgie und Gastroenterologie, Kardiologie und Herzchirurgie, Pneumologie und Thoraxchirurgie, Neurologie und Neurochirurgie sowie der Gefässmedizin weiter ausgebaut werden.

Als integrierter Gesundheitsversorger will das LUKS die gesamte spezialisierte ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgungskette sichern. Damit sollen bei der Behandlung von neurologischen (Neurologie, Neurochirurgie und Neurorehabilitation)

und von kardio-vaskulären Erkrankungen (Kardiologie, Herzchirurgie und kardiologische Rehabilitation) über alle Versorgungsstufen hinweg Spitzenresultate erzielt werden.

Bei der hochspezialisierten Behandlung von Tumorerkrankungen will sich das LUKS zu einem nationalen und internationalen Behandlungszentrum weiterentwickeln. Der Ausbau des zertifizierten Tumorzentrums in den relevanten Tumorentitäten steht hierbei im Zentrum. Das Angebot erfolgt konsequent organbezogen. Schweizweit führende Angebote in der Kinderheilkunde und Augenmedizin sollen der Luzerner Bevölkerung durch deren infrastrukturellen Ausbau die bestmögliche Versorgung gewährleisten. Hier sollen der Luzerner Bevölkerung hochstehende Referenzzentren bei der Behandlung zur Verfügung stehen.

Grosse Herausforderungen sieht das LUKS in der Prävention und der Behandlung des Übergewichts, bei der Verbesserung des Patientenverhaltens, beim sich abzeichnenden Paradigmenwechsel im Arbeitsmarkt für Fachkräfte und bei Hindernissen im Hinblick auf medizinische Innovationen. Eine umfassende prozessorientierte ambulante und stationäre Strukturentwicklung ist neben der Informatisierung³⁹ unabdingbar für den wirtschaftlichen Erfolg des LUKS.

8.8.1.2 Prognosen

Die wesentlichen Gründe und Treiber für die Angebotsentwicklung sind aus Sicht des LUKS das Bevölkerungswachstum, die demografische Alterung, der technologische Fortschritt und die angebotsorientierte Nachfrage nach Medizinleistungen.

Für die Akutsomatik schätzt das LUKS die Patientenzahlen und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer gestützt auf eine Studie der Credit Suisse wie folgt⁴⁰:

Tabelle 23: Anzahl Patientinnen und Patienten am LUKS, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Pflégetage, Akutsomatik, Prognose 2015–2024

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Anzahl Patientinnen/Patienten	40 327	40 931	41 545	42 169	42 801	43 443	44 095	44 756	45 428	46 109
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	5,65	5,61	5,60	5,60	5,60	5,60	5,60	5,50	5,50	5,50
Pflégetage (stationär)	229 993	231 959	235 005	238 530	242 108	245 739	249 425	248 646	252 376	256 161

Datenquelle: LUKS beziehungsweise Schätzung Credit Suisse/PWC

Nach Einschätzung des LUKS erfolgt die Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wahrscheinlich etwas früher. Dies setzt voraus, dass es akutergeriatrische Versorgungs- und Übergangsmöglichkeiten gibt.

8.8.1.3 Grosse Investitionen in dieser Planungsphase

Prioritär investiert das LUKS in die Erweiterung seiner Immobilien auf dem Ost-Areal (Erweiterung Ost). Investitionen erfolgen in das neue Zentrum für Notfall- und Intensivmedizin, in das Kinderspital und in die Parkierung (beide als Teil der Erweiterung Ost) und in die Sanierung des bisherigen Gebäudes der Augenklinik. Die Neubauten werden zeitlich gestaffelt und etappenweise geplant, was eine gewisse Flexibilität in der Umsetzung ermöglicht. Zudem erfolgt in Wolhusen ein Spitalneubau.

Die zentralen Investitionsvorhaben bis ins Jahr 2024 im Detail (laut AFP):

Vorhaben	Eröffnung	Kosten in Mio. Fr.
LUKS Luzern, Erweiterung Ost-Areal, Neubau	2024	556
Kinderspital Luzern, Neubau	2020	als Teil der «Erweiterung Ost»
LUKS Wolhusen, Neubau mit 110 Betten	2019	110
neues Zentrum für Notfall- und Intensivmedizin, 25 Notfall- und 30 Intensivpflégeplätze	2017	49
Sanierung des bisherigen Augenklinik-Gebäudes (inkl. Ausstattung)	2016	53

Erweiterung Ost

Das LUKS hat für alle Standorte eine langfristige Standortstrategie entwickelt. Am Standort Luzern verfolgt das LUKS eine Gesamtspitallösung. Für die meisten bestehenden Bauten sind Ersatzneubauten im östlichen Arealteil vorgesehen. Bestehende Bauten werden etappenweise ersetzt. Das LUKS geht aufgrund der vorhandenen Planung davon aus, dass sich die anvisierte Erneuerung mittels vier – in sich geschlossenen – Etappen bis voraussichtlich 2030 realisieren lässt. Die Bauetappen sollen so geplant werden, dass sie ein möglichst hohes Mass an Nutzungsneutralität gewährleisten. Damit wäre auch jederzeit eine Unterbrechung der Bau-tätigkeiten bei sich ändernden wirtschaftlichen, politischen und medizinischen Rahmenbedingungen möglich.

Investitionsbedarf

Gemäss der Standort- und Immobilienstrategie des LUKS ist der Investitionsbedarf in den nächsten 20 Jahren in die bauliche und technologische Infrastruktur sehr gross. Für sämtliche Investitionen in Neubauten, Sanierungen, Instandsetzungen, Projekte, medizintechnische Anlagen und übrige Sachanlagen ist für das gesamte LUKS bis ins Jahr 2031 mit einem Betrag von rund 2,5 Milliarden Franken zu rechnen (ohne immaterielle Anlagen). Die Immobilieninvestitionen für die nächsten 10 Jahre betragen gut 1 Milliarde Franken (inkl. Instandsetzung).

In den Fallpauschalen, die alle öffentlichen und privaten Spitäler erhalten, ist auch der Investitionskostenanteil beziehungsweise die Abgeltung für die Anlagenutzung enthalten. Mit andern Worten ist also nicht mehr wie früher der Kanton für die Spitalbauten zuständig, sondern die Spitäler finanzieren diese selber aus den Fallpauschalen. Der Kanton Luzern hat per 1. Januar 2011 im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung die Spitalbauten dem Luzerner Kantonsspital und der Luzerner Psychiatrie im Baurecht übertragen.

³⁹ Informatisierung bezeichnet einen sozialen Prozess der Erzeugung und Nutzung von Informationen, um daraus weitere Informationen erzeugen zu können.

⁴⁰ Credit Suisse Global Research. Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel.

Zurzeit laufen Abklärungen, wie die anstehenden Investitionen finanziert werden können und sollen. Das LUKS ist nicht in der Lage, die anstehenden Investitionen vollständig aus dem Cashflow zu finanzieren, und ohne Unterstützung des Kantons kann es voraussichtlich nur eine beschränkte Summe Fremdkapital beschaffen. Geprüft wird deshalb eine kombinierte Variante mit Fremdfinanzierung und einer Bürgschaft des Kantons. Diese Variante würde einen Beschluss Ihres Rates und eine Volksabstimmung erfordern.

8.8.1.4 Nächste grössere Projekte

Kinderspital – Provisorium und Neubau

Das 1971 eröffnete Kinderspital des LUKS stösst räumlich immer mehr an seine Grenzen. Deshalb wurde neben dem Kinderspital ein provisorischer Anbau respektive ein Pavillon erstellt. Er umfasst rund 1000 Quadratmeter und wurde im Dezember 2014 in Betrieb genommen. Im zweistöckigen Pavillon, der östlich an das Kinderspital gebaut wurde, sind Arztbüros und Sekretariate des Kinderspitals sowie auch Schulungsräume der Höheren Fachschule Gesundheit Zentralschweiz untergebracht. Mit dem Anbau kann die Raumknappheit überbrückt werden, bis der Neubau voraussichtlich im Jahr 2020 realisiert ist (Eltern-Kind-Zentrum).

Das Kinderspital ist baulich nicht mehr kind- und elterngerecht. Neben überbrückenden Massnahmen ist ein Neubau zwingend und dringend. Dieser muss auf die sich ändernden Versorgungsbedürfnisse (Versorgung rund um die Uhr) Rücksicht nehmen.

Zentrum für Notfall- und Intensivmedizin

Um die klinischen Prozesse weiterzuentwickeln, beabsichtigt das LUKS in Luzern die Notfall- und Intensivstationen aus betrieblichen und personellen Gründen räumlich zusammenzulegen. Dies ist innerhalb der bestehenden Bauten nicht möglich. Vorgesehen ist deshalb für die beiden Medizinbereiche ein neues Gebäude unter dem Namen «Zentrum für Notfall- und Intensivmedizin (ZNI)».

Der Neubau wird nordseitig an den Sockel des Spitalzentrums gebaut. Dieser Standort bietet grosse betriebliche Chancen, da die eng verbundenen akutmedizinischen Funktionsbereiche (Intensivmedizin, Notfallmedizin, Aufwachraum, Anästhesie, Operationsäle und Radiologie) dadurch räumlich nahe beieinander liegen. Der Bezug des Neubaus ist auf Ende 2016 geplant. Mit diesem Erweiterungsbau werden auch Rochadeflächen für die geplante Erweiterung Ost frei.

LUKS Wolhusen: Neubau

Das neue LUKS Wolhusen mit einem Einzugsgebiet von rund 70000 Einwohnerinnen und Einwohnern soll weiterhin die stationäre Grundversorgung und die ambulante Versorgung der Bevölkerung in dieser Region sicherstellen. Folgende medizinische Leistungen werden angeboten: Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe. Ein Schwerpunkt bildet die elektive Orthopädie. Neu wird das Leistungsangebot mit einer muskuloskelettalen Rehabilitation ergänzt. Zudem plant die Luzerner Psychiatrie im Neubau ein psychiatrisches Ambulatorium. Die bestehende Akutgeriatrie wird an den Standort Luzern verlegt. Der Neubau soll insgesamt rund 110 Betten umfassen. Die Kosten für den Neubau werden auf rund 110 Millionen Franken geschätzt.

8.8.1.5 Kooperationen

Das LUKS strebt weiterhin Kooperationen mit anderen Spitälern an, insbesondere mit Spitälern der Zentralschweiz und Universitätsspitalen. Die engen Kooperationen mit dem Kantonsspital Nidwalden (Lunis) und dem Schweizer Paraplegiker-Zentrum (z. B. Wirbelsäulenzentrum) sollen besonders verstärkt werden. Das Wirbelsäulenzentrum hat zum Ziel, eine gemeinsame Versorgung der Wirbelsäulenpatientinnen und -patienten optimiert anzubieten. Es gewährleistet die akut-traumatologische Wirbelsäulenversorgung mit anschliessender Eingliederung unter den entsprechenden Rehabilitationsmassnahmen.

Weitere öffentliche und private Spitäler sind durch die enge Verflechtung klinischer Leistungen ebenfalls gut untereinander verbunden; diese Zusammenarbeit soll ebenfalls intensiviert werden.

Im Rahmen des geplanten Neubaus des Kinderspitals besteht am Standort Luzern (Eltern-Kind-Zentrum) zudem die Möglichkeit, mit der Luzerner Psychiatrie (Lups) im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine gemeinsame psychosomatische Station zu betreiben. Bisher ist die Lups bereits mit dem Konsiliar-/Liaisonpsychiatrischen Dienst im Kinderspital tätig. Die Schaffung eines entsprechenden Angebots im Zuge des Kinderspitalneubaus wird von beiden Seiten unterstützt.

Darüber hinaus sollten durch die vertikale Integration mit Grundversorgern und niedergelassenen Spezialärztinnen und -ärzten für die Patientinnen und Patienten nutzbringende Versorgungsmodelle ermöglicht werden.

Sodann unterstützt das LUKS das Institut für Hausarztmedizin durch die Bereitstellung und Mitfinanzierung von Rotationsstellen. Im Bereich der Lehre und Forschung besteht neben der Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalen eine enge Verbindung mit der Universität Luzern und dem SPZ (z. B. Studiengänge und Clinical Trial Unit).

8.8.2 Hirslanden-Klinik St. Anna

Prognosen und medizinische Entwicklung

Die Hirslanden-Klinik St. Anna rechnet in ihrer Langfristplanung ähnlich wie das LUKS mit rund 1 Prozent Wachstum pro Jahr.

Bei den medizinischen Entwicklungen plant die Hirslanden-Klinik St. Anna weiterhin ein breites sowie partiell spezialisiertes, hochspezialisiertes Angebot, insbesondere in den Bereichen Neurochirurgie, Neuro-Wirbelsäulenchirurgie, Thoraxchirurgie, Bauchbehandlungen (chirurgisch und gastroenterologisch), Gynäkologie, breites Krebsbehandlungsangebot, Radiologie und interventionelle Radiologie, umfassende Medizin des Bewegungsapparates (Rheumatologie, Orthopädie, Traumatologie) und Geriatrie. Aufgrund der Altersstruktur der Patientinnen und Patienten ist eine geriatrische Betreuung Standard, und die Palliative Care wird an Bedeutung weiterhin zunehmen. Zudem wird das Notfallzentrum mit Pikettdienst sämtlicher relevanten Fachgebiete weiter ausgebaut.

Das Ziel der Klinik ist, eine Patientenversorgung in kompletten Versorgungsketten und -prozessen für alle Probleme mit Ausnahme einzelner Bereiche der hochspezialisierten Medizin zu gewährleisten.

Geplante Investitionen

Neubau Trakt A (u. a. Operationssäle, Notfallzentrum, Intensivpflegestation, Zentralsterilisation) und Hofgebäude Trakt E für rund 120 Millionen Franken.

Geplante Kooperationen

- Es wird weiterhin eine gute Zusammenarbeit mit den übrigen innerkantonalen und Zentralschweizer Spitälern angestrebt.
- Weiterführung der bestehenden universitären Kooperationen.
- Verstärkte Zusammenarbeit mit der Hirslanden-Klinik Meggen, innerhalb der Kooperationen in der Klinikgruppe Hirslanden.
- Kooperationen bezüglich des Instituts für Hausarztmedizin sowie des Masterstudienlehrgangs.
- Verstärkung der Kooperationen zu Aus- und Weiterbildung im akademischen und nicht-akademischen Bereich.
- Verstärkung der Kooperationen zu Lehre, Forschung und Wissenstransfer.
- Für Leistungsbereiche, die innerkantonale nicht abgedeckt werden können, arbeitet die Hirslanden-Klinik St. Anna weiterhin mit verschiedenen Universitätsspitalen (Bern, Basel) und mit anderen Spitälern der Klinikgruppe Hirslanden zusammen.
- Zurzeit ist mit dem Geburtshaus Terra Alta ein Kooperationsvertrag betreffend Verlegungen und Überweisungen in Erarbeitung.

8.8.3 Hirslanden-Klinik Meggen

Die frühere Swissana Clinic in Meggen wurde am 8. August 2014 von der Privatklinikgruppe Hirslanden übernommen. Die Klinikgruppe strebt eine enge Zusammenarbeit mit der Hirslanden-Klinik St. Anna an. Die Ausführungen der Hirslanden-Klinik St. Anna zur Entwicklung und zu den Prognosen gelten deshalb auch für die Hirslanden-Klinik Meggen. Die Privatklinikgruppe Hirslanden betreibt in der Zentralschweiz nunmehr drei Spitäler (Hirslanden-Klinik St. Anna, Hirslanden-Klinik Meggen und Andreas Klinik in Cham).

Medizinische Entwicklungsschwerpunkte sind in den folgenden Bereichen vorgesehen: Orthopädie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankungen, Ophthalmologie, Dermatologie, Gynäkologie, Allgemeine Chirurgie sowie Plastische Chirurgie.

8.8.4 Geburtshaus Terra Alta

Das Geburtshaus Terra Alta optimiert im Jahr 2015 Ablaufprozesse, steigert die Anzahl betreuter Patientinnen und nimmt in diesem Zusammenhang einen Umbau des bestehenden Geburtshauses vor. Während einer halbjährigen Umbauphase wird das Angebot in ein anderes Gebäude in Oberkirch umgesiedelt. Im Frühling 2016 soll der Ausbau abgeschlossen sein.

Das Geburtshaus rechnet mit leicht steigenden Geburten beziehungsweise Fällen bis ins Jahr 2017. Im Weiteren behält sich dessen Verwaltungsrat im Rahmen seiner strategischen Planung vor, analog der Entwicklung eine Erweiterung des Angebots an einem weiteren Standort zu prüfen.

Mit dem LUKS bestehen Kooperationsverträge in Bezug auf Verlegungen und Überweisungen. Zurzeit ist diesbezüglich auch mit der Hirslanden-Klinik St. Anna ein Kooperationsvertrag in Erarbeitung.

8.8.5 Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Das Leistungsgruppen-Angebot des Schweizer Paraplegiker-Zentrums (SPZ) zielt auf die umfassende rehabilitative und akutsomatische Behandlung bei Querschnittlähmungen und querschnittlähmungsähnlichen Syndromen (inkl. neuromuskuläre Krankheiten) sowie auf einige spezialisierte Bereiche der Akutmedizin:

- akutsomatische Versorgung von Wirbelsäulenverletzungen und -erkrankungen,
- Schmerzmedizin (v. a. ambulante Behandlungen),
- Entwöhnung der Langzeitbeatmung (Weaning),
- neuro-urologische Behandlungen.

Detaillierte Ausführungen zu den Entwicklungen und Prognosen aus Sicht des SPZ finden sich im Kapitel 9.5.2.

8.9 Beurteilung und Fazit zur stationären Akutsomatik

Die Analysen in der stationären Akutsomatik zeigen, dass das *Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung umfangreich* ist und die Leistungen in den Luzerner Spitälern in *guter Qualität* erbracht werden. Gesamthaft gesehen ist die akutsomatische Gesundheitsversorgung für Luzernerinnen und Luzerner *adäquat sichergestellt*, was auch für die Zukunft gilt.

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung haben sich die *interkantonalen Patientenströme* etwas verändert. Nachdem sich der Netto-Zustrom in den Kanton Luzern im Jahr 2012 leicht verringert hat, ist er im Jahr 2013 stärker wieder angestiegen.

Prognosen bis ins Jahr 2023 gehen für die Luzerner Bevölkerung davon aus, dass in der Akutsomatik mit einer *Zunahme an Pflegetagen von knapp 10 Prozent* zu rechnen ist. Die Spitäler sind darauf vorbereitet.

Ausgangslage

Mit der im Jahr 2012 in Kraft getretenen KVG-Revision wollte der Gesetzgeber in erster Linie mehr Wettbewerb unter den Spitälern und die freie Spitalwahl einführen. Bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung hat unser Rat darauf verzichtet, den Spitälern bestimmte Kapazitäten oder Betten zuzuteilen. Alle öffentlichen und privaten Spitäler sollen im Wettbewerb möglichst «gleich lange Spiesse» haben. Die Patientinnen und Patienten sollen über eine echte Spitalwahlfreiheit verfügen. Der Kanton greift nur dann ein, wenn die Gesundheitsversorgung qualitativ oder quantitativ nicht genügt oder wenn die Gefahr besteht, dass die Versorgung in Zukunft nicht mehr ausreichend oder ausreichend gut sein könnte.

Zu diesem Zweck machen unser Rat und das Gesundheits- und Sozialdepartement allen Spitälern mittels Leistungsaufträgen und Leistungsvereinbarungen Vorgaben, die sie einhalten müssen (z. B. bezüglich Qualität, Aus- und Weiterbildung oder Aufnahmepflicht). Im Gegenzug müssen die Spitäler der Dienststelle Gesundheit und Sport (DIGE) periodisch Bericht erstatten. Insbesondere übermitteln sie der DIGE die Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bezüglich Qualität, die Ergebnisse zu Patientenzufriedenheitsmessungen und zum Beschwerdemanagement, wichtige Kennzahlen sowie die Berichte betreffend die Kodierrevision oder die Einhaltung der Ausbildungsverpflichtung.

Versorgung ist sichergestellt

Es hat sich gezeigt, dass sich die Regelung bewährt hat. Das Angebot ist ausreichend. Nur ganz wenige Krankheiten oder Verletzungen können nicht in Luzerner Spitälern behandelt werden. In aller Regel sind es Leistungen, die nur an Universitätsspitalern angeboten werden. In der Akutsomatik werden über 87 Prozent der Hospitalisierungen der Luzerner Bevölkerung im Kanton Luzern behandelt.

Ein Blick auf die interkantonalen Patientenströme in der stationären Akutsomatik zeigt, dass sich die Verhältnisse mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung leicht verändert haben. Der positive Saldo – also der Netto-Zustrom von Patientinnen und Patienten – hat sich im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr um 10 Prozent verringert. Im Jahr 2013 ist aber der Netto-Zustrom markant wieder angestiegen. Dies vor allem darum, weil die Hospitalisierung der Nicht-Luzerner Bevölkerung stark angestiegen ist (während die ausserkantonale Hospitalisierung der Luzerner Bevölkerung gleich hoch geblieben ist). Ob diese Tendenz auch in den folgenden Jahren anhalten wird, ist noch ungewiss. Jedenfalls zeigen erste Analysen, dass die Schweizer Bevölkerung von der freien Spitalwahl Kenntnis hat und diese auch nutzt.

Wer der Ansicht ist, er sei zu Unrecht von einem Luzerner Spital nicht aufgenommen worden, kann sich an eine unabhängige Beschwerdestelle wenden. Im Jahr 2014 ist keine einzige Beschwerde dazu eingegangen. Es darf deshalb davon ausgegangen werden, dass die Spitäler die Patientinnen und Patienten unabhängig von der Versicherungsklasse rechtzeitig und nicht selektiv aufnehmen.

Qualität ist gut

In den Leistungsaufträgen mit den Spitälern werden unter anderem Mindestfallzahlen, Qualitätsanforderungen bezüglich des Fachpersonals, dessen Qualifikation und zeitlicher Verfügbarkeit sowie Infrastrukturanforderungen beschrieben. Zudem müssen sich alle Luzerner Spitäler im Rahmen des Leistungsauftrages verpflichten, ein angemessenes, wirksames Qualitäts- und Risikomanagement zu führen. Sie müssen dem Qualitätsvertrag des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beigetreten sein und an sämtlichen Qualitätsmessungen des ANQ teilnehmen.

In allen Bereichen, wo Qualitätsmessungen gemacht wurden, liegen die Luzerner Spitäler innerhalb der Norm, oder sie sind überdurchschnittlich gut.

Die «Ombudsstelle Aufnahmebeschwerde» des Kantons Luzern hat seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung keine Fälle von unrechtmässiger Aufnahmeverweigerung oder zu langen Wartezeiten zu verzeichnen.

Prognosen

Wird in der Akutsomatik angenommen, dass die Luzerner Spitäler eine Aufenthaltsdauer der Behandlungen aufweisen, welche im Jahr 2013 ein Viertel der Schweizer Spitäler erreicht haben, so wird bis ins Jahr 2023 mit einer Zunahme an Pflgetagen von knapp 10 Prozent gerechnet.

Eine relativ starke Zunahme an Pflgetagen ist vor allem in den Leistungsbereichen zur Behandlung chronischer (Alters-)Erkrankungen wie Neurologie, Gastroenterologie, Gefässe und Pneumologie zu erwarten, dies jedoch bei mengenmässig eher bescheidenen absoluten Werten. Im Bereich der Grundversorgung, dem mengenmässig grössten Leistungsbereich, beträgt die Zunahme rund 13 Prozent.

Das Gesundheits- und Sozialdepartement respektive die DIGE beobachtet die Entwicklungen und wird nötigenfalls Massnahmen einleiten oder beantragen. Möglicherweise werden auch vereinzelte Anpassungen in der Spitalliste notwendig. Sei es, um bestehende Leistungsaufträge hinsichtlich der Leistungsgruppen anzupassen oder um neue Leistungserbringer mit speziellem Leistungsangebot auf die Spitalliste zu nehmen.

Investitionen

Alle Spitäler sind auf eine wachsende und sich verändernde Patientenzahl vorbereitet und haben entsprechende Investitionsvorhaben. Damit wird das Angebot auch in Zukunft genügen. Sowohl der Wettbewerb als auch die Qualität dürften sichergestellt sein. Die kantonalen Spitäler sind verpflichtet, für Spitalbauten und Betriebseinrichtungen eine Investitionsplanung über zehn Jahre zu machen und diese jährlich zu aktualisieren. Damit hat unser Rat die Möglichkeit, das Angebot auch in Zukunft den Anforderungen anzupassen.

Personal, Ausbildung

Eine sehr grosse Herausforderung wird es in Zukunft sein, genügend und gut qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Dies gilt für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung. Zur Attraktivitätssteigerung und zur Rekrutierung von Personal wurden bereits verschiedene Massnahmen ergriffen. Auf kantonaler Ebene seien insbesondere folgende erwähnt: Praxisassistenten, Notfalldienste an den Spitälern, Institut für Hausarztmedizin, Ausbildungsverpflichtung, Förderung von Gruppenpraxen oder die Prüfung eines Master-Studienlehrgangs. Auch die einzelnen Betriebe sind hier gefordert (z. B. mit der Einführung von neuen Arbeitszeitmodellen,

Wiedereinstiegsprogrammen oder Angeboten, die der «Feminisierung»⁴¹ im Arztberuf noch mehr Rechnung tragen). Auf der anderen Seite sollten auch Anstrengungen unternommen werden, mehr Männer für den Pflegeberuf zu motivieren.

Eine für die Luzerner Spitäler wichtige Aufgabe für die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen übernimmt die auf dem Areal des LUKS situierte Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz (HFGZ). Die HFGZ ist eine Schule der Arbeitgeber der Zentralschweizer Gesundheitsbetriebe und wird durch eine Stiftung getragen. Mit über 500 Studierenden ist die HFGZ eine bedeutende Aus- und Weiterbildungsinstitution. Auf dem Areal des LUKS entsteht ein neues Zentrum beziehungsweise ein Neubau.

Neben der zentralen Ausbildung zu Pflegefachpersonen werden an der HFGZ angehende Fachleute in Biomedizinischer Analytik ausgebildet. Zudem stehen als Weiterbildungsangebote die Nachdiplomstudiengänge in Anästhesie-, Intensiv- oder Notfallpflege zur Verfügung.

9 Rehabilitation

9.1 Klinikporträts

Folgende Luzerner Kliniken sind auf der Spitalliste des Kantons Luzern im Bereich Rehabilitation aufgeführt:

- Luzerner Höhenklinik Montana in Crans-Montana (gehört zum LUKS),
- LUKS Luzern (Neurorehabilitation),
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil,
- Cereneo AG in Vitznau.

Bezüglich der Spitalliste gelten die gleichen Ausführungen, die bereits in der stationären Akutsomatik gemacht wurden. Die Spitalliste des Kantons Luzern mit dem Leistungsangebot aller inner- und ausserkantonalen Kliniken ist im Anhang 1 aufgeführt. Im Folgenden werden die wichtigsten Kennzahlen der Luzerner Rehabilitationskliniken aufgeführt.

Luzerner Höhenklinik Montana

Die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) gehört seit 2008 zum LUKS. Der Standort befindet sich in Crans-Montana (VS).

Folgende Kennzahlen sind in der LHM für die Jahre 2011 bis 2013 zu verzeichnen:

Luzerner Höhenklinik Montana in Crans-Montana						
Rehabilitationsgruppe	Austritte			Pflegetage		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
pulmonale Rehabilitation	259	203	217	4390	4187	4929
psychosomatische R.	226	284	331	5828	7790	9181
kardiovaskuläre R.	124	101	117	2524	2102	2480
muskuloskelettale R.	167	104	128	3623	2364	3088
internistisch-onkologische R.	128	86	106	2854	2025	2438
<i>Total</i>	<i>904</i>	<i>778</i>	<i>899</i>	<i>19219</i>	<i>18468</i>	<i>22116</i>

Quelle: LHM

	Jahr	2011	2012	2013
Anzahl stationäre Betten		59,6	58,7	64,0
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen		20,3	22,7	23,6
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		21,2	22,3	24,8
Anteil Patienten halbprivat oder privat in %		22,3	21,6	21,8
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		9,4	9,9	10,2
Pflegepersonal in VZÄ		33,2	34,1	40,2
übriges medizinisches Personal in VZÄ		12,9	12,5	12,8
gesamtes Personal in VZÄ		93,2	96,6	103,5

Quelle: BAG, LHM

Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) steht als private Spezialklinik auf der Spitalliste des Kantons Luzern für die Erstversorgung und die ganzheitliche Rehabilitation von Menschen mit Querschnittlähmung. Zudem bietet das SPZ spezifische Leistungen im Bereich der Versorgung von Wirbelsäulenverletzungen und -erkrankungen sowie der Schmerzmedizin an.

⁴¹ Zunehmende Zahl von Ärztinnen.

Folgende Kennzahlen aus den Jahren 2012 und 2013 sind im SPZ zu verzeichnen. Dabei beziehen sich die ersten vier Kennzahlen nur auf die rehabilitativen Behandlungen, die restlichen auf alle Behandlungen in der Klinik (also Rehabilitation und Akut-somatik):

Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		456	440
Anzahl Pflegetage		29 779	28 509
Anzahl stationäre Betten		84	80
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen		65,3	64,8
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		82,3	84,4
Anteil Patientinnen/Patienten halbprivat oder privat in %		22,4	20,2
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		70,3	71,4
Pflegepersonal in VZÄ		301,6	307,0
übriges medizinisches Personal in VZÄ		142,7	144,8
gesamtes Personal in VZÄ		826,7	849,1

Quelle: SPZ, BAG

LUKS, Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation

Das Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation (ZNN) am LUKS in Luzern führt für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen ambulante und stationäre Abklärungen und Behandlungen durch. Es verfügt über ein Ambulatorium sowie eine Tagesklinik und eine Bettenstation.

Folgende Kennzahlen der stationären *Neurorehabilitation* am LUKS sind aus den Jahren 2012 und 2013 zu verzeichnen:

Neurorehabilitation LUKS in Luzern			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Fälle		278	346
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in % (stationär)		32,4	26,6
Anzahl Pflegetage		8941	9892
Anzahl stationäre Betten		26,2	29,0
mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen		32,2	28,6
Anzahl Stellen Ärztinnen/Ärzte		7,7	6,9
Anzahl Stellen Pflege		32,2	34,0

Quelle: LUKS, BAG

Cereneo AG

Die Cereneo ist seit 1. Oktober 2012 auf der Luzerner Spitalliste aufgeführt und gilt als private Klinik für neurologische Rehabilitation.

Folgende Kennzahlen der Klinik Cereneo sind aus dem Jahr 2013 in Bezug auf die rehabilitative Behandlung zu verzeichnen:

Cereneo in Vitznau		
	Jahr	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		46
Anzahl Pflegetage		1775
Bettenbelegung in % (stationär)		30,4
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten in %		78,9
Ärztinnen und Ärzte in VZÄ		1,8
Pflegepersonal in VZÄ		8,2
gesamtes Personal in VZÄ		16,9

Quelle: BAG

Klinik Sonnmatt

Die Klinik Sonnmatt ist seit dem 1. Januar 2013 auf eigenen Wunsch nicht mehr auf der Spitalliste des Kantons Luzern, da sie das bisherige Rehabilitationsangebot im KVG-Bereich aufgegeben hat.

9.2 Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung

Die Anzahl Hospitalisierungen (Fälle, Pflgetage, Hospitalisierungsrate) der Luzerner Wohnbevölkerung betrug in den letzten Jahren zwischen 2200 und 2500 Fälle pro Jahr mit leicht sinkender Tendenz seit dem Jahr 2008. Im Jahr 2013 ist jedoch gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg von nahezu 10 Prozent zu beobachten.

1361 Luzernerinnen und Luzerner – somit über die Hälfte (56%) aller rehabilitativen Fälle der Luzerner Bevölkerung – wurden im Jahr 2013 in ausserkantonalen Kliniken behandelt. Davon erfolgte mehr als jede dritte im Kanton Aargau. Im Jahr 2012 betrug die Zahl an ausserkantonalen Hospitalisierungen noch 1095.

Mit 334 Hospitalisierungen weist die Rehaklinik Hasliberg für das Jahr 2013 mit Abstand die grösste Anzahl an Luzerner Fällen (und Pflgetagen) in ausserkantonalen Kliniken auf.

Rund ein Drittel aller ausserkantonalen Hospitalisierungen der Luzerner Bevölkerung betrafen die orthopädische Rehabilitation (Krankheiten des Bewegungsapparates).

9.2.1 Fälle, Pflgetage, Aufenthaltsdauer und Hospitalisierungsrate

Die stationäre Rehabilitation der Luzerner Wohnbevölkerung umfasst ein Volumen zwischen 2200 und 2550 Hospitalisierungen pro Jahr (vgl. Tabelle 24). Zwischen 2008 und 2012 war die Anzahl Hospitalisierungen eher rückläufig. Im Jahr 2013 ist diese wieder auf über 2419 Fälle angestiegen. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich bei der Anzahl Patientinnen und Patienten, den Pflgetagen sowie auch bei der Hospitalisierungsrate.

Tabelle 24: Kennzahlen der stationären Rehabilitation, Luzerner Wohnbevölkerung, 2005–2013

	Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Anzahl Fälle		2 358	2 450	2 399	2 559	2 410	2 241	2 302	2 210	2 419
Anzahl Patientinnen/Patienten		2 199	2 284	2 226	2 351	2 220	2 092	2 140	2 051	2 253
Anzahl Pflgetage		57 501	59 059	59 627	61 317	55 404	54 609	52 903	54 559	60 896
mittlere Aufenthaltsdauer (in Tagen)		24,39	24,11	24,85	23,96	22,99	24,37	22,98	24,70	25,17
Rate pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner		6,62	6,82	6,60	6,94	6,46	5,95	6,03	5,70	6,20

Quelle: BFS (MS, KS, Espop, Statpop); Auswertung: Obsan

Der Hauptgrund für die Abnahme der Hospitalisierungen zwischen 2008 und 2012 liegt wohl bei einer Verschiebung von stationären zu ambulanten Behandlungen. Im Jahr 2013 ist generell wieder eine steigende Tendenz bei der Anzahl Fälle und den Pflgetagen zu beobachten, wobei dies auf den starken Anstieg von ausserkantonalen Hospitalisierungen zurückzuführen ist.⁴²

Im Vergleich dazu ist das Volumen bei den Hospitalisierungen und den Patientinnen und Patienten in der stationären Akut-somatik rund 20-mal kleiner, bei der Betrachtung von Pflgetagen jedoch bloss rund 5-mal kleiner. Das liegt an den sehr unterschiedlichen Aufenthaltsdauern. In der Rehabilitation beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer rund 25 Tage; in den Spitälern der Akut-somatik sind es knapp 6 Tage.

9.2.2 Ausserkantonale Behandlung nach Spitalkanton

Die Tabelle 25 zeigt für den Bereich der stationären Rehabilitation im Jahr 2013, wo sich die Luzerner Patientinnen und Patienten ausserhalb des Kantons Luzern behandeln liessen.

Tabelle 25: Luzernerinnen und Luzerner nach Standortkanton der ausserkantonalen Spitalbehandlungen, stationäre Rehabilitation, 2013

	Anzahl Fälle	Anzahl Pflgetage
Total	1361	31 367
Aargau	481	12 258
Bern	375	6 895
Zug	185	4 346
Appenzell Ausserrhoden	76	1 822
Graubünden	70	1 712
Thurgau	59	1 110
Zürich	36	837
St. Gallen	28	643
Wallis	16	313
Glarus	13	424
weitere Kantone	22	1 007

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

⁴² Ergebnisse 2013 Luzerner Bevölkerung: Anzahl Fälle innerkantonal: 1058 (Pflgetage: 29 529). Anzahl Fälle ausserkantonal: 1361 (Pflgetage: 31 367). Auswertung Obsan/BFS (MS).

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 1361 Hospitalisierungen und 31 367 Pflagetage von Luzernerinnen und Luzernern in Kliniken anderer Kantone registriert (2012: 1095 Hospitalisierungen und 24 822 Pflagetage). Im Vergleich mit dem von der Luzerner Wohnbevölkerung insgesamt beanspruchten Volumen wurden somit über die Hälfte aller Hospitalisierungen (56,3%) und 51,5 Prozent aller Pflagetage ausserkantonale vorgenommen. Der Grund für diese relativ hohe Zahl an ausserkantonalen Behandlungen dürfte in der Angebotsvielfalt von Rehabilitationskliniken in den umliegenden Kantonen liegen (siehe nachfolgendes Kapitel).

Wie bei der Akutsomatik liessen sich mit Abstand am meisten Patientinnen und Patienten im Nachbarkanton Aargau behandeln (fast 500 Hospitalisierungen mit mehr als 12 000 Pflagetagen), gefolgt von den Kantonen Bern und Zug mit 375 respektive 185 Fällen. Auf die übrigen Kantone entfiel 2013 das verbleibende Viertel aller ausserkantonalen Fälle und Pflagetage.

9.2.3 Ausserkantonale Behandlung nach Klinik

Die Kliniken, welche die Luzernerinnen und Luzerner im Jahr 2013 ausserkantonale am häufigsten aufgesucht haben, sind in der folgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle 26: Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Kliniken, stationäre Rehabilitation, 2013

Spital	Kanton	Anzahl Fälle	Anzahl Pflagetage
Rehaklinik Hasliberg	BE	334	6037
Klinik Adelheid	ZG	185	4346
RehaClinic Bad Zurzach	AG	141	3197
Reha Schinznach	AG	97	2302
Rehaklinik Bellikon	AG	89	3375
Klinik Gais	AR	74	1762
Reha Rheinfelden	AG	54	1398
Klinik Schloss Mammern	TG	52	974
Privatklinik Im Park	AG	37	821
Klinik Valens Rehabilitationszentrum	SG	28	643

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Auffallend sind die Aargauer Kliniken in Bad Schinznach, Bellikon, Rheinfelden und Bad Zurzach, welche für ein Drittel aller ausserkantonalen Pflagetage der Luzerner Bevölkerung aufkommen. Weiter ist ersichtlich, dass vor allem die Berner Rehaklinik Hasliberg und die Zuger Klinik Adelheid in Unterägeri rehabilitative Behandlungen für Luzernerinnen und Luzerner in bedeutender Zahl durchführen.

9.2.4 Ausserkantonale Behandlung nach Diagnosegruppe

Nach Diagnosegruppe⁴³ aufgeschlüsselt zeigen die ausserkantonalen Hospitalisierungen in der Rehabilitation folgendes Bild:

Tabelle 27: Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Kliniken nach Diagnosegruppe, stationäre Rehabilitation, 2013

	Anzahl Fälle	Anzahl Pflagetage
<i>Total</i>	<i>1 361</i>	<i>31 367</i>
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	481	9 730
Krankheiten des Kreislaufsystems	362	8 486
Verletzungen	230	6 255
alle weiteren rehabilitativen Krankheiten	80	2 012
Krankheiten des Nervensystems	76	1 886
Neubildungen (z. B. Tumore u. Ä.)	47	894
Krankheiten des Atmungssystems	45	933
psychische und Verhaltensstörungen	40	1 171

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Rund ein Drittel aller ausserkantonalen Hospitalisierungen (35,3%) und Pflagetage (31,0%) betrafen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthrose, Gelenk-/Rückenprobleme). An zweiter Stelle folgen die Behandlungen von Krankheiten des Kreislaufsystems (Fälle: 26,6%; Tage: 27,1%) und an dritter Verletzungen (z. B. Verletzungen des Knies, des Fusses / Fälle: 16,9%; Tage: 19,9%).

⁴³ Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten wird von der WHO erstellt und ist das weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin (ICD-10).

9.3 Behandlungen in Luzerner Kliniken

Nachfolgend werden die rehabilitativen Leistungen aus Sicht der Luzerner Kliniken beschrieben. Zum einen handelt es sich um innerkantonale Behandlungen, also um Leistungen für Patientinnen und Patienten, die im Kanton Luzern wohnen. Zum anderen werden von den Luzerner Kliniken Leistungen für Personen erbracht, die in anderen Kantonen wohnen.

Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) weist von den Luzerner Kliniken mit Abstand die grösste Anzahl Hospitalisierungen und Pfl egetage auf. Typischerweise betrifft dies vor allem Krankheiten des Nervensystems und Verletzungen.

Die Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation betrug 2013 durchschnittlich 34 Tage. Je nach Klinik – bedingt durch ein unterschiedliches Behandlungsspektrum – unterscheidet sich diese sehr stark.

Mehr als die Hälfte aller Hospitalisierungen in Luzerner Kliniken (54%) stammen aus anderen Kantonen und dem Ausland. Fast drei Viertel davon betreffen Hospitalisierungen am SPZ (bzw. 81% der Pfl egetage von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten).

9.3.1 Inanspruchnahme von Leistungen

Die Tabelle 28 zeigt die Anzahl Fälle und Pfl egetage in den Luzerner Kliniken nach den häufigsten Diagnosegruppen und gibt damit Hinweise auf die fachliche Ausrichtung (Leistungsspektrum) der stationären Rehabilitation in der jeweiligen Institution.

Tabelle 28: Inanspruchnahme der Luzerner Kliniken nach jenen drei Diagnosegruppen mit den meisten Spitaltagen, stationäre Rehabilitation, 2013

	Diagnosegruppen	Anzahl Fälle	Anzahl Pfl egetage
Luzerner Höhenklinik Montana	psychische und Verhaltensstörungen	283	8 084
	Krankheiten des Atmungssystems	150	3 396
	Krankheiten des Kreislaufsystems	132	2 851
Luzerner Kantonsspital (ZNN)	Krankheiten des Kreislaufsystems	177	5 675
	Krankheiten des Nervensystems	68	1 945
	Verletzungen	51	1 492
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	Krankheiten des Nervensystems	845	32 074
	Verletzungen	145	12 548
	Diagnosegruppe «Andere»	43	874
Cereneo	Krankheiten des Kreislaufsystems	13	634
	Verletzungen	4	197

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

In der Luzerner Höhenklinik Montana betreffen die meisten Hospitalisierungen solche der psychosomatischen Rehabilitation, gefolgt von Krankheiten des Atmungs- und Kreislaufsystems. Für die Behandlungen der Luzerner Bevölkerung nimmt die Luzerner Höhenklinik Montana eine dominierende Stellung im Bereich der stationären Rehabilitation ein. Dies gilt für alle Regionen des Kantons Luzern, also sowohl für die Bevölkerung aus der Stadt und der Agglomeration Luzern als auch für die ländliche Bevölkerung.

Im Luzerner Kantonsspital sind im Bereich der Rehabilitation hauptsächlich Krankheiten des Kreislauf- und Nervensystems zu verzeichnen. Vor allem handelt es sich dabei um Schlaganfälle, die am Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation (ZNN)⁴⁴ des Luzerner Kantonsspitals behandelt werden.

Im SPZ als Spezialklinik für Menschen mit Querschnittlähmung werden typischerweise Krankheiten des Nervensystems und Verletzungen am häufigsten behandelt.

9.3.2 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Hospitalisierungen in der stationären Rehabilitation in Luzerner Kliniken betrug 2013 34 Tage (Tabelle 29), rund sechsmal so lang wie in der stationären Akutsomatik. Die Aufenthaltsdauern unterscheiden sich je nach Spital sehr stark. Der Hauptgrund liegt in den komplett unterschiedlichen Leistungsangeboten der Luzerner Institutionen.

Tabelle 29: Durchschnittliche Aufenthaltsdauern in Luzerner Kliniken, 2013

Spital	durchschnittliche Aufenthaltsdauer
<i>Total</i>	<i>34,1</i>
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	43,4
LUKS (Luzern, ZNN)	30,4
Luzerner Höhenklinik Montana	24,5
Cereneo	36,0

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

⁴⁴ Das ZNN am LUKS behandelt und betreut Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen.

Das SPZ liegt als Spezialklinik für Menschen mit Querschnittlähmung mit 43,4 Tagen verständlicherweise über dem kantonalen Durchschnitt. 30,4 Tage beträgt die Aufenthaltsdauer von neurorehabilitativen Fällen (v.a. von hirnerkrankten und -verletzten Menschen) im LUKS. Die Luzerner Höhenklinik Montana weist mit ihrem breiten Rehabilitationsspektrum eine relativ tiefere Verweildauer von 24,5 Tagen auf.

9.3.3 Bettenbelegung der Luzerner Kliniken

Die Bettenbelegung in der stationären Rehabilitation muss wie in der Akutsomatik stets im betriebswirtschaftlichen und medizinischen Kontext der jeweiligen Institution betrachtet werden. Die entsprechenden Werte in der Tabelle 30 lassen sich nur unter diesem Vorbehalt miteinander vergleichen. Die Bettenbelegung in den drei grossen Luzerner Rehabilitationszentren (LHM, LUKS, SPZ) betrug im Jahr 2013 zwischen 91 und 98 Prozent.

Tabelle 30: Anzahl Pflēgetage, Betten und Bettenbelegung der Luzerner Kliniken, stationäre Rehabilitation, 2013

	Anzahl Pflēgetage stationär	Anzahl Betten	Bettenbelegung in %
Luzerner Höhenklinik Montana	21 217	64	91
LUKS (Luzern, ZNN)	9 892	29	94
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	46 043	80	98
Cereneo	1 775	16	30

Quelle: BFS (MS, KS)⁴⁵; Auswertung: Obsan

9.3.4 Behandlungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2013 hatten von den insgesamt 2323 Hospitalisierungen in Luzerner Kliniken 1058 Patientinnen und Patienten (46%) ihren Wohnsitz im Kanton Luzern. 1265 Personen (54%) kamen aus andern Kantonen oder dem Ausland.

Tabelle 31: Anzahl ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflēgetage) in Luzerner Kliniken, nach Herkunftskanton, stationäre Rehabilitation, 2013

	Anzahl Fälle		Pflēgetage	
	absolut	in %	absolut	in %
<i>Total</i>	<i>1265</i>	<i>100,0</i>	<i>49 701</i>	<i>100,0</i>
BE	166	13,1	8 727	17,6
AG	150	11,9	5 254	10,6
ZH	104	8,2	3 486	7,0
VS	87	6,9	2 571	5,2
Ausland	85	6,7	3 532	7,1
SO	71	5,6	3 453	6,9
SZ	66	5,2	2 583	5,2
NW	65	5,1	1 621	3,3
OW	65	5,1	1 695	3,4
ZG	41	3,2	1 796	3,6
Rest	365	28,9	14 983	30,1

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Die Tabelle 32 zeigt, wie die Behandlungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten auf die Luzerner Spitäler verteilt sind. Eine zentrale Rolle spielt das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil: Fast drei Viertel aller Hospitalisierungen und vier Fünftel aller rehabilitativen Pflēgetage im Kanton fallen im SPZ an. Die restlichen Fälle verteilen sich auf die Luzerner Höhenklinik Montana, die neurorehabilitativen Behandlungen am LUKS sowie die Cereneo.

Tabelle 32: Anzahl ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflēgetage) in Luzerner Kliniken, nach Spital, stationäre Rehabilitation, 2013

	Anzahl Fälle		Pflēgetage	
	absolut	in %	absolut	in %
<i>Total</i>	<i>1265</i>	<i>100,0</i>	<i>49 701</i>	<i>100,0</i>
Schweizer Paraplegiker-Zentrum	925	73,1	40 341	81,2
Cereneo	19	1,5	688	1,4
Luzerner Höhenklinik Montana	226	17,9	5 572	11,2
LUKS (Luzern, ZNN)	95	7,5	3 100	6,2

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

⁴⁵ Quelle: Krankenhausstatistik (KS), das heisst inkl. Geriatrie.

9.4 Prognosen zur stationären Rehabilitation

Für die Luzerner Bevölkerung wird zwischen 2013 und 2023 eine Zunahme der rehabilitativen Hospitalisierungen um rund 18 Prozent erwartet. Auffallend ist dabei der leicht überdurchschnittliche Anstieg bei Krankheiten des Kreislaufsystems (kardiovaskulär) und bei den Neubildungen (Tumore u. Ä.).

Für die Prognosen der stationären Rehabilitation wird – wie bei der Schätzung zur Akutsomatik – das mittlere Bevölkerungsszenario des BFS 2013 (mit Prognosen bis ins Jahr 2023) verwendet. Betrachtet werden die rehabilitativen Behandlungen der Luzerner Bevölkerung, also sowohl innerkantonale als auch ausserkantonale Behandlungen.

Bezüglich der Entwicklung der künftigen Aufenthaltsdauern wird das Szenario verwendet, bei welchem die im Ausgangsjahr (2013) gemessenen Aufenthaltsdauern bis ins Zieljahr (2023) konstant bleiben (Szenario «Referenz»).

Tabelle 33: Stationäre Rehabilitation, Prognosen der Fälle und Pflégetage der Luzerner Bevölkerung, 2013–2023

Diagnosegruppen	Fälle			Pflégetage		
	2013	2023	Veränd. 2013–2023 in %	2013	2023	Veränd. 2013–2023 in %
	Anzahl Fälle	Anzahl Fälle		Anzahl Tage	Anzahl Tage	
<i>Total</i>	2419	2846	17,7	60896	71258	17,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	567	674	18,9	11720	13914	18,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	599	728	21,5	15070	18367	21,9
psychische und Verhaltensstörungen	268	286	6,7	7667	8155	6,4
Verletzungen	297	347	19,0	9113	10378	13,9
Krankheiten des Atmungssystems	145	178	16,8	3203	3945	23,2
Neubildungen (z. B. Tumore u. Ä.)	100	120	20,0	1996	2421	21,3
Krankheiten des Nervensystems	260	296	13,8	7681	8790	14,4
alle weiteren rehabilitativen Krankheiten	183	217	18,6	4446	5289	19,0

Quelle: BFS (MS, KS, Statpop: mittleres Bevölkerungsszenario, 2012); Auswertung: Obsan

Die Schätzungen ergeben zwischen 2013 und 2023 eine Zunahme der rehabilitativen Hospitalisierungen von Luzernerinnen und Luzernern von 2419 auf 2846 Fälle (+17,7%). Zudem lassen sich in der Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen «Alterungseffekte» in der Bevölkerung herauslesen. Krankheiten, welche im höheren Alter vermehrt vorkommen – kardiovaskuläre und pulmonale Krankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Arthrose, Gelenk- und Rückenprobleme) und Neubildungen (Tumore u. Ä.) – dürften bis 2023 prozentual am meisten zunehmen.

Bezüglich der beanspruchten Pflégetage ergibt sich ein ähnliches Bild: Ausgehend von fast 61 000 Pflégetagen resultiert für das Jahr 2023 eine Prognose von über 71 000 Tagen (+17%). In Bezug auf die Entwicklung der einzelnen Diagnosegruppen sind mehrheitlich dieselben Ergebnisse zu beobachten wie bei der Anzahl Fälle beziehungsweise Hospitalisierungen.

9.5 Entwicklung aus Sicht der Spitäler

Die Luzerner Spitäler und Kliniken der Rehabilitation wurden eingeladen, die Entwicklung ihrer Leistungsangebote der nächsten Jahre aufzuzeigen.

Im Folgenden werden diese Ausführungen der Kliniken zur künftigen und längerfristigen Entwicklung wiedergegeben. Es geht um Einschätzungen zum medizinischen Leistungsangebot, zu Prognosen, zu Investitionen und auch zu Kooperationen.

Ebenso wie die Prognosen der amtlichen Stellen gehen die drei Luzerner Rehabilitationskliniken davon aus, dass die Hospitalisierungen (neurologische Rehabilitation, Personen mit Querschnittlähmung) zunehmen werden.

9.5.1 LUKS – Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation

Prognosen (Fälle und Pflégetage)

Gemäss der Schätzung des LUKS wird im Jahr 2025 am Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation (ZNN) mit rund 800 Fällen und mit rund 24 000 Pflégetagen im Bereich der Neurorehabilitation gerechnet.

Medizinische Entwicklung

- Die Behandlungen in der neurologischen Rehabilitation werden generell weiter zunehmen, und zwar sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (die Behandlung anhaltender neurologischer Degeneration nimmt zu).
- Die Vernetzung mit den neurologischen Fachbereichen erfordert einen Ausbau möglichst nahe an der Akutversorgung. Diese Erweiterung erfolgt sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung.
- Entwicklung abgestufter Pflégekonzeppte mit der Stroke-Einheit (Schlaganfalleinheit).

Kooperationen

Eine engere Vernetzung mit den inner- und ausserkantonalen Leistungserbringern wird angestrebt.

9.5.2 Schweizer Paraplegiker-Zentrum

Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) bietet vor allem Leistungen im Bereich der Rehabilitation von Personen mit Querschnittlähmung an.

9.5.2.1 Prognosen und medizinische Entwicklung

Das SPZ geht von rund 4000 bis 4500 Personen mit Querschnittlähmung in der Schweiz aus. Die Anzahl der Erstrehabilitationen bei Para- oder Tetraplegie aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit wird vom SPZ pro Jahr auf rund 200 bis 250 Personen in der Schweiz geschätzt (die Statistik der Unfallversicherung UVG weist in der Schweiz gesamthaft über 300 unfallbedingte Rückenmarksverletzungen pro Jahr aus). Davon deckt das SPZ rund 60 bis 70 Prozent ab (Erstrehabilitationen 2012: 167; 2013: 191).

Aufgrund der zunehmenden Anzahl Betroffener und der noch nicht erreichten Altersspitze muss laut dem SPZ trotz des medizinischen Fortschritts von einer Zunahme an stationären Hospitalisierungen, vor allem im Zusammenhang mit akutmedizinischen Erkrankungen, ausgegangen werden. Dieser Trend wird teilweise durch die Abnahme der Verweildauern in einem stationären Setting gebrochen.

Die Anzahl Menschen mit Querschnittlähmung in der Schweiz wird aus Sicht des SPZ in den nächsten 10 bis 20 Jahren – bis die Altersspitze erreicht wird – weiter leicht zunehmen. Die krankheitsbedingten Querschnittlähmungen sind komplexer und aufwendiger in der Behandlung und bilden einen Gegenpol zur Verkürzung der stationären Verweildauer bei unfallbedingter Querschnittlähmung. Aufgrund der zunehmenden Zahl von Querschnittgelähmten und der damit einhergehenden Alterung muss bei den Komplikations- und Folgebehandlungen mit einer leichten Zunahme analog zu der Entwicklung der Population gerechnet werden (einerseits Zunahme Schweregrade der Behandlung, andererseits Abnahme der Verweildauern aufgrund des Kostendrucks und des medizinischen Fortschritts). Folgende Schätzung wurde vom SPZ abgegeben:

Tabelle 34: Anzahl Querschnittgelähmte und Pflegetage in der Schweiz

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Population Querschnittgelähmte	4 203	4 308	4 415	4 526	4 639	4 755	4 874	4 995	5 120	5 120
Erstrehabilitationen	220–250	220–250	220–250	220–250	240–270	240–270	250–300	250–300	250–300	250–300
Pflegetage stationär Erstrehabilitationen	32 000	32 000	32 000	32 000	34 500	34 500	38 000	38 000	38 000	38 000
Pflegetage stationär Komplikations- und Folgebehandlungen	36 987	37 912	38 860	39 831	40 827	41 848	42 894	43 966	45 065	45 065

Datenquelle: Schätzung/Auswertung SPZ

9.5.2.2 Leistungsspektrum und Anpassungen

Das Leistungsspektrum des SPZ fokussiert sich auf folgende Kernkompetenzen:

- Rehabilitative Behandlung von Querschnittgelähmten.
- Versorgung von Wirbelsäulenverletzungen und -erkrankungen: Die enge Kooperation mit dem LUKS (Wirbelsäulenzentrum) soll verstärkt werden. Das Zentrum hat zum Ziel, eine gemeinsame Versorgung der Wirbelsäulenpatientinnen und -patienten optimiert anzubieten. Es garantiert die akut-traumatologische Wirbelsäulenversorgung mit anschliessender Eingliederung unter den entsprechenden Rehabilitationsmassnahmen.
- Schmerzmedizin (v. a. ambulante Behandlungen).
- Neuro-urologische Behandlungen: Eine Erweiterung des Leistungsspektrums wird gemäss dem SPZ in der Neuro-Urologie angestrebt. Blasen- und Darmfunktionsstörungen stellen langfristig die häufigsten Probleme Querschnittgelähmter und teilweise auch von nicht Querschnittgelähmten dar. Sie können die Lebenserwartung der Betroffenen verkürzen und die Lebensqualität massiv einschränken. In einem Kontinenz- und Beckenbodenzentrum werden Personen mit komplexen Beckenboden- und Kontinenzproblemen (z. B. Harn- oder Stuhlinkontinenz, Senkungsbeschwerden) von den beteiligten Fachbereichen (Urologie, Neurologie, Paraplegiologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege, Gynäkologie [LUKS Sursee] und Chirurgie [LUKS Sursee] interdisziplinär betreut.
- Beatmungsentwöhnung (Weaning): Im SPZ wurde die Kernkompetenz «Weaning» bei Querschnittgelähmten im Lauf der Jahre weiterentwickelt und verbessert. Bei hohen Lähmungen gehören Beatmung, Weaning, Einstellen auf eine Heimventilation, Kanülen-Management und komplexes Atemwegsmanagement zum Alltag. Hierfür steht ein interdisziplinäres Team rund um die Uhr zur Verfügung. Dieser Kernprozess beinhaltet Behandlung, Betreuung, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten und ihrem Umfeld von der Akutphase bis zur poststationären Nachbetreuung. In diesem Zusammenhang wurde in den letzten Jahren ein national und international ganzheitliches Beatmungskonzept mit umfassender Versorgungskette entwickelt und implementiert. Dieser Prozess lässt sich auf andere Patientengruppen übertragen, die einer Langzeitbeatmung bedürfen. Es wird von weniger als 30 Patientinnen und Patienten pro Jahr ausgegangen.
- Das Leistungsfeld «muskuloskelettale Rehabilitation», vor allem in Verbindung mit der gemeinsamen Wirbelsäulenchirurgie LUKS/SPZ (Schweizer Wirbelsäulen- und Rückenmarkszentrum), ist bisher nicht explizit im SPZ etabliert worden. Dieser Bereich könnte laut dem SPZ für die Prävention, die Diagnostik, die Behandlung und das Rehabilitationsmanagement von Menschen jeden Alters mit Behinderungen, Gesundheitsschädigungen und Komorbiditäten des Bewegungsapparates eine Rolle spielen.

9.5.2.3 Investitionen und Kooperationen

Der per 2018/2019 geplante Erneuerungs- und Erweiterungsbau (Pflegestationen, Behandlungstrakt, neues Gebäude mit zwei Bettenstationen) erlaubt dem SPZ die Weiterverfolgung der 2012/2013 eingeführten Prozessorganisation und Umsetzung der im Konzept «Rehabilitation im SPZ» definierten Behandlungsphilosophie als führendes Paraplegikerzentrum. Das SPZ rechnet gesamthaft mit einem Investitionsvolumen von rund 150 Millionen Franken (75 Mio. Fr. für den Erneuerungsbau, 75 Mio. Fr. für den Erweiterungsbau).

Das SPZ kooperiert sehr eng mit dem Luzerner Kantonsspital (Schweizer Wirbelsäulen- und Rückenmarkszentrum, Radiologie, Konsiliardienste) und vernetzt sich auch bei ambulanten Dienstleistungen für querschnittgelähmte Menschen immer stärker. So wird laut dem SPZ aktuell eine Partnerschaft in der Westschweiz⁴⁶ bei der Versorgung für Basisdienstleistungen etabliert. Dabei wird mit einer Institution zusammengearbeitet, die die Infrastrukturen zur Verfügung stellt, sodass das SPZ die ärztlichen und therapeutischen Leistungen erbringen kann (v. a. Jahreskontrollen). Gemäss dem SPZ könnten weitere solche Partnerschaften folgen.

9.5.3 Cereneo

Prognosen (Fälle und Pflegetage)

Gemäss der Klinik Cereneo wird sie ihre Tätigkeit langfristig auf die neurologische Rehabilitation und Forschung ausrichten. Eine Ausweitung der Bettenkapazität von derzeit 16 auf bis zu 20 Betten ist bis Ende 2015 geplant. Eine allfällige weitere Kapazitätsausweitung hängt laut der Klinik Cereneo von der weiteren Projektierung damit verbundener Bauprojekte ab. Die dafür notwendige Planung wird nicht vor dem Jahr 2018 abgeschlossen sein. Die im Jahr 2013 übernommene allgemeinmedizinische und therapeutische Versorgung der Gemeinde Vitznau und der Umgebung soll auch langfristig gewährleistet werden und wird entsprechend der lokalen Versorgungssituation um einzelne Fachärztinnen und -ärzte erweitert.

Die Klinik Cereneo prognostiziert folgende Fallzahlen und Pflegetage:

Tabelle 35: Entwicklung der Anzahl Fälle und Pflegetage in der Klinik Cereneo

	Fälle			Pflegetage		
	2013	2022	2013–2022 in %	2013	2022	2013–2022 in %
	Anzahl Fälle	Anzahl Fälle		Anzahl Tage	Anzahl Tage	
Cereneo						
neurologische Rehabilitation	46	150	326	1775	5359	300

Datenquelle: Prognose Cereneo

Medizinische Entwicklung und Investitionen

Ein Themenschwerpunkt der Klinik Cereneo für die optimale und durchgängige Rehabilitation von der stationären Behandlung hin zur ambulanten Betreuung und Therapie zu Hause wird der Bereich der *Telerehabilitation* sein. Der Aufbau von innovativen Versorgungsmodellen, technischen Möglichkeiten und den notwendigen Partnerschaften mit Kostenträgern ist ab 2016 geplant. Als Forschungsklinik will die Cereneo in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern die wissenschaftlichen und ökonomischen Grundlagen für die Anwendung moderner Verfahren der Telerehabilitation schaffen.

9.6 Luzerner Höhenklinik Montana

Im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung vom 4. März 2005 hatte unser Rat die Absicht geäußert, sich von der Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) zu trennen. Da Ihr Rat nicht opponierte, haben wir das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) beauftragt, zusammen mit einer externen Firma eine Ausschreibung der Klinik durchzuführen.

In der Folge wurden mit verschiedenen Interessenten Verhandlungen geführt. Zu einem Vertragsabschluss kam es allerdings nicht. Entweder haben sich die Verhandlungspartner kurz vor dem Vertragsabschluss zurückgezogen, oder die Angebote lagen deutlich unter unseren Vorstellungen. Zudem wurde in dieser Zeit auch eine neue Spitalfinanzierung diskutiert, was die Ausgangslage sehr unsicher machte. Entsprechend hielten sich die Interessenten zurück.

Im Dezember 2007 beschloss das Bundesparlament eine neue Spitalfinanzierung. Danach sollten öffentliche und private Kliniken zukünftig gleich finanziert werden. Bisher musste der Kanton keine Beiträge an private Institutionen bezahlen. Das war auch ein Hauptgrund für die damalige Absicht, die Klinik zu verkaufen. Denn wenn die Klinik, wie viele andere Rehabilitationskliniken, von einer privaten Trägerschaft geführt worden wäre, hätte der Kanton nach dem damals geltenden Recht keine Beiträge zahlen müssen. Die Behandlungskosten in Privatspitälern wurden damals zu 100 Prozent von den Krankenversicherern übernommen.

Zudem hat das eidgenössische Parlament auch die freie Spitalwahl beschlossen. Damit ein Spital aber Patientinnen und Patienten aus der ganzen Schweiz aufnehmen (und entsprechend auch abrechnen) kann, muss es auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sein. Für allfällige Kaufinteressenten war es deshalb sehr wichtig, dass die LHM vom Standortkanton Wallis in die Spitalliste aufgenommen wird.

Der Kanton Wallis zeigte sich lange Zeit nicht bereit, die LHM in seine Spitalliste aufzunehmen, weil der Rehabilitationsbedarf für den Kanton Wallis durch die eigenen Kliniken mehr als gedeckt sei. Unter diesen Umständen war ein Verkauf der Klinik unrealistisch. Das GSD unternahm deshalb keine weiteren Anstrengungen mehr, die Klinik zu verkaufen. Mit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 nahm der Kanton Wallis die LHM dann doch in seine Spitalliste auf, wenn auch lediglich mit 1 Bett. Im Jahr 2015 erhöhte er die Bettenzahl auf 3. In der Luzerner Spitalliste ist die Klinik uneingeschränkt aufgeführt.

⁴⁶ Institution de Lavigny.

In den Jahren 2013 und 2014 schloss die Erfolgsrechnung der LHM mit einem Gewinn von rund 1 Million Franken ab. Auch in Zukunft wird bei gleichbleibender Entwicklung mit einem Gewinn gerechnet. Des Weiteren fliessen dem Kanton jährlich rund 1,75 Millionen Franken aus Mietzinseinnahmen von der LHM zu.

Seit dem letzten Planungsbericht aus dem Jahr 2005 hat sich die Ausgangslage also in verschiedener Hinsicht völlig verändert. Insbesondere gelten die Hauptgründe, die seinerzeit einen Verkauf der LHM nahelegten, heute nicht mehr. Damals hätte der Kanton Luzern nämlich keine Beiträge mehr an die Behandlungen bezahlen müssen, wenn die Klinik privatisiert worden wäre. Das hat sich mit der neuen Spitalfinanzierung aber geändert. Öffentliche und private Spitäler werden seither gleich finanziert. Behandlungskosten kann der Kanton mit einem Verkauf somit nicht mehr sparen. Wie schon erwähnt, macht die Klinik seit zwei Jahren deutliche Gewinne. Bei der Ärzteschaft und der Bevölkerung erfreut sich die LHM nach wie vor grosser Beliebtheit.

Aus diesen Gründen drängt sich derzeit ein Verkauf der LHM nicht mehr auf. Das Luzerner Kantonsspital ist im Übrigen bereit, die LHM weiterzuführen und weiterzuentwickeln. Allerdings soll im Sinn einer langfristigen Lösung die LHM als selbständige Tochtergesellschaft geführt werden, inklusive Übertragung der Gebäude.

9.7 Beurteilung und Fazit zur stationären Rehabilitation

Die Analysen zur stationären Rehabilitation zeigen, dass deren *Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung* genügend ist und die Leistungen in den Luzerner Kliniken in *guter Qualität* erbracht werden. Auch wenn in der rehabilitativen Versorgung der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen hoch ist, kann von einer *gesicherten* Gesundheitsversorgung für Luzernerinnen und Luzerner gesprochen werden. Dem rehabilitativen Bedarf der Luzerner Bevölkerung tragen wir Rechnung, indem wir die Spitalliste entsprechend ausgestalten.

Bei den Prognosen bis ins Jahr 2023 muss mit einem relativ starken Anstieg von bis zu 18 Prozent der stationären Eintritte gerechnet werden.

Die allermeisten Luzerner Patientinnen und Patienten müssen heute für die muskuloskelettale Rehabilitation in Kliniken anderer Kantone behandelt werden. Im LUKS Wolhusen ist deshalb geplant, 30 Betten für diese Behandlung zu schaffen. Mit dieser Massnahme wollen wir auch eine kürzere Aufenthaltsdauer bei orthopädischen Eingriffen erreichen.

Das LUKS ist bereit, die Luzerner Höhenklinik Montana weiterzuführen, beantragt aber, die Klinik als selbständige Tochtergesellschaft zu führen und die Gebäude inklusive Land übertragen zu erhalten.

Ausgangslage

Wie bei der Akutsomatik haben wir auch bei der Rehabilitation bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung darauf verzichtet, den Spitälern bestimmte Kapazitäten oder Betten zuzuteilen. Auch bei der Rehabilitation soll jedes Spital alle Leistungen anbieten dürfen, solange hohe Qualitätsstandards und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind. Alle öffentlichen und privaten Spitäler sollen im Wettbewerb möglichst «gleich lange Spiesse» haben, und die Patientinnen und Patienten sollen über eine echte Spitalwahlfreiheit verfügen. Wir greifen nur dann steuernd ein, wenn die Gesundheitsversorgung qualitativ oder quantitativ nicht genügt oder wenn die Gefahr besteht, dass die Versorgung in Zukunft nicht mehr ausreichend oder ausreichend gut sein könnte.

Auch bei der Rehabilitation machen wir allen Spitälern mittels Leistungsaufträgen und vereinbarten Vorgaben, die sie einhalten müssen (z.B. bezüglich Qualität, Aus- und Weiterbildung oder Aufnahmepflicht). Die Spitäler müssen der Dienststelle Gesundheit und Sport periodisch darüber Bericht erstatten.

Gesundheitsversorgung sichergestellt

Die durchgeführten Analysen im stationären Bereich der Rehabilitation und die Qualitätsergebnisse der Luzerner Kliniken zeigen, dass das Leistungsangebot mit den bestehenden Leistungsanbietern genügend ist und die Leistungen in guter Qualität erbracht werden.

Patientenströme der Luzerner Bevölkerung

In der Rehabilitation wird seit Jahren rund die Hälfte aller Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandelt, wobei die Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) dabei zu den innerkantonalen Kliniken gezählt wird. Die Wohnortsnähe spielt bei der Rehabilitation eine deutlich kleinere Rolle. Fehlende rehabilitative, spezifische Leistungsangebote werden deshalb sichergestellt, indem ausserkantonale Leistungserbringer in die Luzerner Spitalliste aufgenommen werden.

Im Jahr 2013 ist eine steigende Tendenz bei der Anzahl Fälle und den Pflegetagen zu beobachten, wobei vor allem die ausserkantonalen Hospitalisierungen deutlich angestiegen sind.

Prognosen

In der stationären Rehabilitation weisen die Prognosen, welche von konstant bleibenden Aufenthaltsdauern ausgehen, für die Luzerner Spitäler eine Zunahme von bis zu 18 Prozent der rehabilitativen Fälle bis im Jahr 2023 auf. Die grössten Zunahmen dürften in den Diagnosegruppen Tumore, kardiovaskuläre und pulmonale Krankheiten sowie Orthopädie erfolgen.

Künftiges Angebot

Die allermeisten Luzerner Patientinnen und Patienten müssen heute für die muskuloskelettale Rehabilitation in Kliniken anderer Kantone behandelt werden. Im LUKS Wolhusen ist deshalb im Zusammenhang mit dem Neubau geplant, 30 Betten für diese Behandlung zu schaffen. Damit soll auch eine kürzere Aufenthaltsdauer bei orthopädischen Eingriffen erreicht werden.

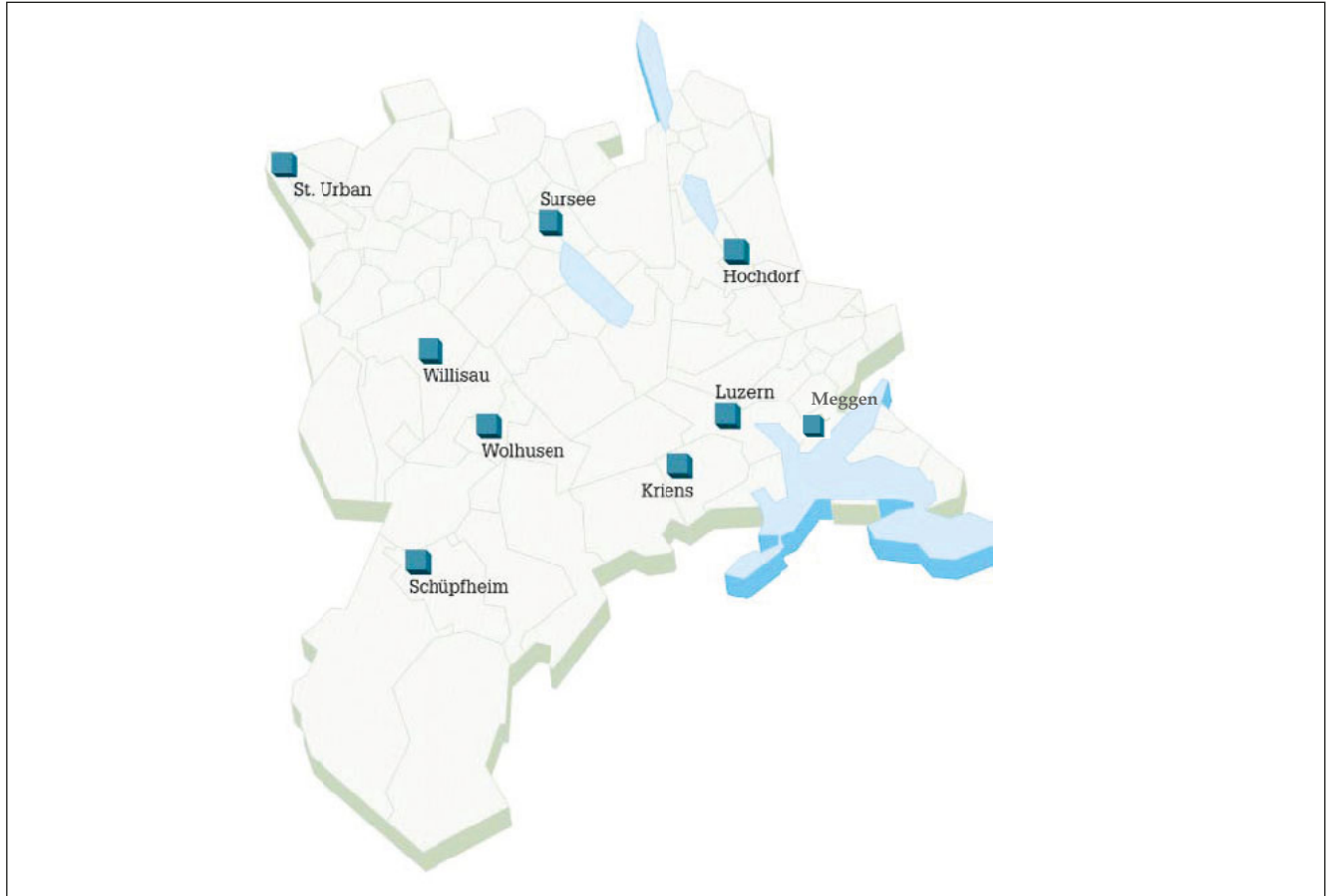
Das LUKS ist bereit, die LHM weiterzuführen, beantragt aber, die Klinik als selbständige Tochtergesellschaft zu führen und die Gebäude inklusive Land übertragen zu erhalten.

10 Psychiatrie

10.1 Psychiatrisches Gesamtangebot im Kanton Luzern

Die folgende Abbildung und Beschreibung zeigt die Standorte und das psychiatrische Gesamtangebot der beiden Kliniken (Luzerner Psychiatrie [Lups] und Therapiezentrum Meggen) im Kanton Luzern auf, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

Abbildung 20: Standorte der psychiatrischen Angebote im Kanton Luzern



Bildquelle: Luzerner Psychiatrie (Lups) aus dem Geschäftsbericht 2013

Die *stationären Angebote* konzentrieren sich auf vier Standorte im Kanton:

- Klinik in St. Urban (Lups): Akutpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Spezialstationen für Affektive Störungen, Rehabilitation und Wohnpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Heilpädagogisch-Psychiatrische Fachstelle, Übergangsheim Berghof,
- Klinik in Luzern (Lups): Akutpsychiatrie mit akutpsychiatrischem Angebot für Jugendliche,
- Therapiestationen in Kriens (Lups): Kinderpsychiatrische und Jugendpsychiatrische Therapiestation mit Sonderschule,
- Klinik in Meggen (Therapiezentrum Meggen): Fachklinik für Suchtkrankheiten (vorwiegend Alkohol und Medikamente).

Die *ambulanten Angebote* sind als Teil einer regionalisierten, bevölkerungsnahen Grundversorgung mit niederschwelligem Zugang auf den ganzen Kanton verteilt und werden – neben niedergelassenen Fachpersonen aus Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie – von der Lups mit folgenden Schwerpunkten angeboten:

- Stadt Luzern: Ambulatorien für Erwachsenenpsychiatrie, Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Spezialsprechstunden (u. a. Babys und Kleinkinder, Autismus, Adipositas und Schwangerschaft), Tagesklinik, Drop-in⁴⁷, Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) Luzern-Stadt, Forensischer Dienst, Memory Clinic (geplant Ende 2015), Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischer Dienst am LUKS (Standort Luzern), Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischer Dienst am Kinderspital,
- Kriens: Kinderpsychiatrische Tagesklinik, Jugendpsychiatrische Tagesklinik (Ausbau 2016 geplant),
- Sursee: Ambulatorium für Erwachsenenpsychiatrie, Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulante Alterspsychiatrie und Memory Clinic, Tagesklinik, Gemeindeintegrierte Akutbehandlung Luzerner Landschaft, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischer Dienst am LUKS (Standort Sursee),
- Hochdorf: Ambulatorium für Erwachsenenpsychiatrie, Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Willisau: Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Wolhusen: Ambulatorien für Erwachsenenpsychiatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischer Dienst am LUKS (Standort Wolhusen),
- Schüpfheim: Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

⁴⁷ Sozialpsychiatrisches Zentrum für substitutionsgestützte Behandlungen von opiatabhängigen Menschen.

Die Vielfalt der ambulanten Angebote verdeutlicht, dass diese von der Bevölkerung vermehrt nachgefragt werden und einem echten Bedürfnis entsprechen. Nachfolgend einige Kennzahlen und Informationen zu ausgewählten ambulanten Angeboten der Lups:

Tabelle 36: Anzahl Fälle beim ambulanten Angebot der Lups, 2012 und 2013

Ambulantes Angebot Lups	Anzahl Fälle 2012	Anzahl Fälle 2013
Ambulatorien total	6300	6761
Ambulatorien Erwachsene	4560	4908
Ambulatorien Kinder und Jugendliche	1740	1853
Tageskliniken total	333	319
Tageskliniken Erwachsene	309	294
Tageskliniken Kinder und Jugendliche	24	25
Memory Clinic	321	344
GiA (Gemeindeintegrierte Akutbehandlung)	173	272
Drop-in Luzern	243	295
Total alle Bereiche ⁴⁸	7370	7961

Quelle: Lups

Im Folgenden werden ausgewählte Leistungsangebote der Lups kurz präsentiert:

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung

Die Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) ist Teil der akupsykiatrischen Grundversorgung im Kanton Luzern. Damit zählt der Kanton Luzern zu den wenigen Regionen im deutschsprachigen Raum, in denen es ein Behandlungsangebot mit dem Schwerpunkt «akupsykiatrisches Hometreatment» gibt.

Bei der GiA werden Patientinnen und Patienten intensiv aufsuchend im häuslichen Umfeld (Hausbesuche) behandelt. Dies hat den Vorteil, dass Patientinnen und Patienten in ihrer vertrauten Umgebung bleiben oder rasch dorthin zurückkehren können (falls eine phasenweise stationäre Behandlung notwendig ist). Die Behandlung kann somit individuell an die Bedürfnisse der Personen angepasst werden. Bis auf wenige Ausnahmen (insbesondere Personen mit akuter Fremd- und/oder Selbstgefährdung) können alle Patientinnen und Patienten (ab 16 Jahren), die ihren Wohnsitz im Kanton Luzern haben, unabhängig von der Diagnose mit diesem Angebot behandelt werden.

Das Team der GiA besteht vorwiegend aus Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten. Die GiA ergänzt somit die stationären Behandlungsangebote und stärkt im Sinn einer integrierten und interprofessionellen Versorgung die gemeinde- und patientennahe akupsykiatrische Grundversorgung der Luzerner Bevölkerung.

Drop-in Luzern

Das Drop-in Luzern ist ein sozialpsychiatrisches Ambulatorium für substitutionsgestützte Behandlungen von opiatabhängigen Menschen. Insgesamt werden 180 Plätze angeboten; 100 in der Heroin- und 80 Plätze in der methadongestützten Behandlung.

Das Behandlungsteam besteht aus Fachpersonen aus den Bereichen Sozialarbeit und Sozialpädagogik sowie Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten. Diese sind zuständig für die medizinische Beratung und Behandlung der Patientinnen und Patienten rund um die Themen Sucht, Substitution, Dosierung und so weiter. Weitere Themen sind: Wohnen, Arbeit, Schulden, Beziehungen, Familie und Alltagsgestaltung. Ausserdem werden Hilfsangebote anderer Institutionen vermittelt und Hilfestellungen koordiniert.

Ambulante Alterspsychiatrie und Memory Clinic

Aufgrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft stellt die ambulante Alterspsychiatrie ein wichtiges Behandlungsangebot dar. Dieses wurde in den letzten Jahren weiter ausgebaut und wird im Sinn der regionalisierten Versorgung an jedem Ambulatorium angeboten. Die Ambulatorien bieten für die Alters- und Pflegeheime sowie Spitex einen Konsiliar- und Liaisondienst an.

Die Memory Clinic an den Standorten Sursee und Luzern befasst sich mit der Abklärung von Gedächtnisproblemen, der Information und Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen, den Behandlungsvorschlägen an Hausärztinnen und Hausärzte, der Vermittlung von individuellen Hilfs- und Betreuungsangeboten und dem Gedächtnistraining.

Die Zusammenarbeit in der Memory Clinic erfolgt in einem multiprofessionellen Team, das sich mit Diagnostik, Beratung und Forschung von Demenzerkrankungen beschäftigt. Die Demenzabklärungen werden interdisziplinär mit Fachleuten des LUKS getroffen. Die Memory Clinic arbeitet mit der Infostelle Demenz Luzern (Träger: Schweizerische Alzheimervereinigung Luzern und Pro Senectute Kanton Luzern) zusammen.

Forensischer Dienst

Der Forensische Dienst der Luzerner Psychiatrie erbringt Leistungen insbesondere für die Justizorgane des Kantons Luzern. Sie umfassen das Erstellen strafrechtlicher forensisch-psychiatrischer Gutachten zuhanden der Staatsanwaltschaft und der Gerichte. Der Forensische Dienst bietet für das Haft- und Untersuchungsgefängnis Grosshof, für die Strafanstalt Wauwilermoos und für das Untersuchungs- und Strafgefängnis Stans einen konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst an. Darüber hinaus werden im Auftrag der Vollzugs- und Bewährungsdienste des Kantons Luzern sowohl in den Ambulatorien als auch im Forensischen Dienst ambulante Massnahmenbehandlungen durchgeführt.

⁴⁸ Exkl. Heilpädagogisch-Psychiatrische Fachstelle.

10.2 Kooperationen der Luzerner Psychiatrie

Die Luzerner Psychiatrie (Lups) hat in ihrer Unternehmensstrategie «Lups2020» den Ausbau der Vernetzung sowohl innerkantonal (Spitäler, soziale Einrichtungen, Spitex, Hausärztinnen/-ärzte, VPLU usw.) als auch ausserkantonal (Zentralschweiz, Region Zofingen, Region Ob- und Nidwalden) als strategischen Handlungsbedarf ausgewiesen. Die Zukunft liegt in einer integrierten Versorgung. Die Grenzen zwischen ambulant, teilstationär und stationär werden zunehmend durchlässiger. Die psychiatrische Versorgung wird zur Netzwerk-Aufgabe. Die Vernetzung geschieht sowohl vertikal mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern als auch horizontal mit anderen Spitälern und Kliniken.

Alle Leistungserbringer sind gefordert, ihre Leistungen noch besser aufeinander abzustimmen. Die Lups versteht sich als einen bedeutenden Teil des Versorgungsnetzwerkes und fördert die Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern. Inner- und ausserkantonale Kooperationen mit Spitälern und Kliniken werden gesucht und genutzt – vorausgesetzt, sie schaffen auch für die Lups einen Mehrwert. Im Fokus dieser strategischen Stossrichtung hat die Lups in den letzten Jahren diverse inner- und interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarungen und Verträge abgeschlossen. Weitere Kooperationen sind in Planung. Mit folgenden Institutionen und Organisationen steht die Lups in Verbindung:

Institutionen und Partner (Kooperationen)	kantonale Stellen/Partner	ausserkantonale Stellen/Partner
Luzerner Kantonsspital (LUKS)	x	
Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil	x	
Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG)		x
Spitex (Kantonalverband Luzern)	x	
Curaviva LAK	x	
Sozialberatungszentren Kanton Luzern	x	
Luzern Stadt Soziale Dienste	x	
Luzerner Polizei	x	
Vollzugs- und Bewährungsdienst (VBD)	x	
Haft- und Untersuchungsgefängnis Grosshof	x	
Untersuchung- und Strafgefängnis Stans		x
Caritas	x	
Akzent Prävention und Suchttherapie	x	
Stiftung für Schwerbehinderte Luzern (SSBL)	x	
Brändi	x	
Sunnebüel Kant. Heilpädagogisches Zentrum	x	
Kinder- und Jugendsiedlung Utenberg	x	
Fachstelle Kinderbetreuung Luzern	x	
Villa Erica	x	
Novizonte	x	
Lindenfeld (Wohnheim)	x	
BiWo (Bildung & Wohnen)	x	
Traversa	x	
Verein Jobdach	x	
Nische (Wohn- und Arbeitsraum, Zofingen)		x
Kanton Aargau (Spitalliste)		x
Kanton Nidwalden (Spitalliste)		x
AZB (Arbeitszentrum für Behinderte, Strengelbach)		x
Borna (Arbeits- und Wohngemeinschaft, Rothrist)		x

Quelle: Lups

10.3 Stationäre Psychiatrie

10.3.1 Klinikporträts

Im Kanton Luzern gibt es zwei Kliniken für die stationäre Psychiatrie (Psychiatrie und Spezialklinik für Suchtkrankheiten):

- Luzerner Psychiatrie (Lups), mit den Standorten St. Urban und Luzern,
- Therapiezentrum Meggen (TZM).

Bezüglich der Spitalliste gelten die gleichen Ausführungen, die bereits im Kapitel 8 über die stationäre Akutsomatik gemacht wurden. Die Spitalliste des Kantons Luzern mit dem Leistungsangebot aller inner- und ausserkantonalen Kliniken ist im Anhang 1 aufgeführt. Nachfolgend werden die wichtigsten Angaben zur Luzerner Psychiatrieversorgung kurz präsentiert.

Luzerner Psychiatrie

Die Luzerner Psychiatrie (Lups) ist seit 2008 ein selbständiges, öffentlich-rechtliches Unternehmen mit eigener Rechtspersönlichkeit und umfassenden Angeboten in den Bereichen Ambulante Dienste, Stationäre Dienste und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem führt die Luzerner Psychiatrie das Übergangshaus Berghof, das Wohnheim Sonneggarte sowie Nebenbetriebe.

Im Jahr 2006 erfolgte die Zusammenführung des Psychiatriezentrums Luzerner Landschaft (PLL), des Psychiatriezentrums Luzern-Stadt (PLS) und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) zu einer organisatorischen Einheit. Die Kinderpsychiatrische Therapiestation und Tagesklinik in Kriens wurden im Jahr 2009 eröffnet und ergänzen die seit 2002 bestehende Jugendpsychiatrische Therapiestation.

BAG-Kennzahlen der Lups zur stationären Akutpsychiatrie (Jahre 2012 und 2013):

Luzerner Psychiatrie	St. Urban, Luzern		
Standorte Stationäre Dienste	Hochdorf, Luzern, Sursee, Wolhusen		
Standorte Ambulante Dienste	Luzern, Kriens, Hochdorf, Willisau, Sursee, Schüpfheim		
Standorte Kinder- und Jugendpsychiatrie			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		2417	2383
Anzahl Pflgetage (stationär, ohne Austrittstag)		109 604	109 565
Anzahl stationäre Betten		295,0	295,0
durchschn. Aufenthaltsdauer Erwachsenenpsychiatrie akut (Tage) ⁴⁹		29,4	30,3
durchschn. Aufenthaltsdauer Jugendpsychiatrische Therapiestation ⁵⁰		93,2	114,9
durchschn. Aufenthaltsdauer Kinderpsychiatrische Therapiestation ⁵⁰		150,0	130,8
Anteil ausserkantonale Patientinnen/Patienten (% stationär)		12,5	10,3
Anteil Patientinnen/Patienten halbprivat oder privat (% stationär)		0,1	0,0

Quelle: BAG, Lups

Die Lups verfügt seit dem 1. Januar 2014 über 25 Wohnpsychiatrieplätze (SEG-Plätze) für Patientinnen und Patienten, die schon seit mehreren Jahren psychisch krank sind und die aufgrund ihrer Erkrankung keinen anderen geeigneten Betreuungsplatz finden. 15 Pflegeheimplätze (Pflegeheimliste B) stehen für psychisch erkrankte, ältere und pflegebedürftige Menschen zur Verfügung, die aufgrund einer akuten Krise oder ihres herausfordernden Verhaltens nicht in einer konventionellen Pflegeeinrichtung betreut werden können.

Therapiezentrum Meggen

Das Therapiezentrum Meggen (TZM) ist seit 2012 auf der Luzerner Spitalliste. Es ist als privatrechtlicher Verein organisiert.

Das TZM gilt als private Fachklinik für Suchtkrankheiten (vorwiegend Alkohol und Medikamente). Das Therapieangebot richtet sich an Patientinnen und Patienten, die infolge ihres Suchtverhaltens einen stationären Aufenthalt benötigen.

BAG-Kennzahlen des TZM (Jahre 2012 und 2013):

Therapiezentrum Meggen	Meggen		
Standort			
	Jahr	2012	2013
Anzahl stationäre Austritte/Fälle		84	91
Anzahl Pflgetage (stationär, ohne Austrittstag)		6833	6511
Anzahl stationäre Betten		19	19
durchschn. Aufenthaltsdauer in Tagen (stationär)		81,3	71,5
Anteil ausserkantonale Patientinnen und Patienten (% stationär)		37,1	43,1
Anteil Patientinnen und Patienten halbprivat oder privat (% stationär)		0,0	0,0
Ärztinnen und Ärzte in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)		0,0	0,8
Pflegepersonal in VZÄ		2,8	3,4
übriges medizinisches Personal in VZÄ		7,5	7,0
gesamtes Personal in VZÄ		11,7	13,0

Quelle: BAG, TZM

10.3.2 Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung

Im Jahr 2013 wurden in der stationären Psychiatrie insgesamt 2776 Hospitalisierungen von Luzernerinnen und Luzernern bei rund 134 000 Pflgetagen registriert. Seit 2009 zeigt sich ein steigender Trend für die Anzahl Fälle und Pflgetage sowie die Hospitalisierungsrate.

Die Hospitalisierungsrate der Luzerner Wohnbevölkerung betrug 7,1 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner; der Schweizer Durchschnitt belief sich auf 8,9 Fälle.

Im Jahr 2013 umfasste die stationäre Psychiatrie der Luzerner Wohnbevölkerung 2776 Fälle (vgl. Tabelle 37). Dabei verteilten sich diese auf 2025 Patientinnen und Patienten und ergaben ein Volumen von 133 765 Pflgetagen. Bezieht man die Anzahl Fälle auf die kantonale Gesamtbevölkerung, so ergibt sich eine Hospitalisierungsrate von 7,1 Fällen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im schweizerischen Durchschnitt belief sich diese Rate im Jahr 2013 auf 8,9 Fälle (2009: 8,3 Fälle).

⁴⁹ Kennzahlen Lups: stationäre Akutpsychiatrie in St. Urban und Luzern.

⁵⁰ Kennzahlen Lups: Kinder- und Jugendpsychiatrische Therapiestationen.

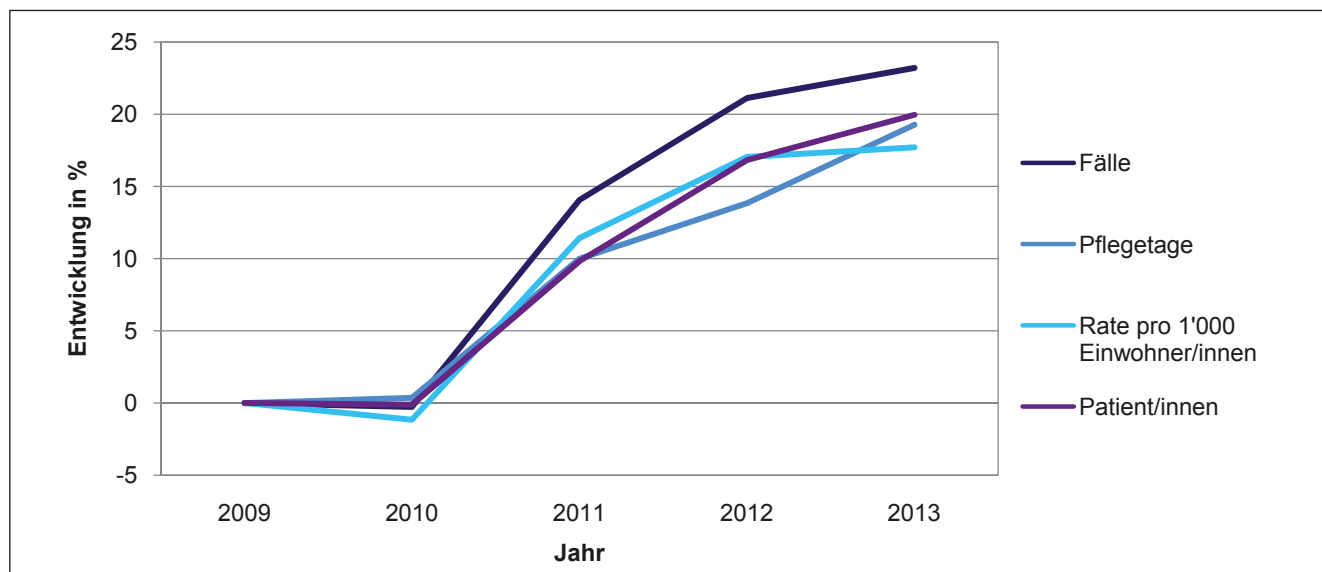
Tabelle 37: Kennzahlen der stationären Psychiatrie, Luzerner Wohnbevölkerung, 2009–2013

Jahr	2009	2010	2011	2012	2013
Anzahl Fälle	2253	2247	2570	2729	2776
Anzahl Pflegetage	112 144	112 552	123 360	127 668	133 765
Rate pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner	6,04	5,97	6,73	7,07	7,11
Anzahl Patientinnen/Patienten	1 688	1 686	1 854	1 972	2 025

Quelle: BFS (MS, KS, Espop, Statpop); Auswertung: Obsan

Die folgende Abbildung zeigt, dass seit 2010 ein steigender Trend für die Anzahl Fälle, die Anzahl Patientinnen und Patienten, die Hospitalisierungsrate und auch bei den Pflegetagen zu verzeichnen ist.

Abbildung 21: Kennzahlen der stationären Psychiatrie, Luzerner Wohnbevölkerung, Entwicklungsraten in Prozent, 2009–2013



Quelle: BFS (MS, KS, Espop, Statpop); Auswertung: Obsan

10.3.3 Behandlungen in Luzerner Kliniken

Rund 88 Prozent (2234 Fälle) der insgesamt 2529 stationären psychiatrischen Fälle im Jahr 2013 in den Luzerner Kliniken betrafen Personen, die im Kanton Luzern wohnhaft waren. 12 Prozent waren ausserkantonale Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten.

Über 60 Prozent der Behandlungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in Luzerner Kliniken kommen aus den Kantonen Aargau und Bern.

Die Aufenthaltsdauer in den Kliniken ist je nach Patientengruppe sehr unterschiedlich. In der Erwachsenenpsychiatrie (Akutstation) beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer rund 30 Tage. Am längsten dauert der Aufenthalt in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Therapiestationen.

Die durchschnittliche Bettenbelegung in den Luzerner Kliniken ist nach wie vor sehr hoch.

Für die stationäre Psychiatrie ist – wie bei der Akutstation und der Rehabilitation – neben der Perspektive aus der Sicht der Luzerner Wohnbevölkerung auch die Spitalsicht von Interesse. Dabei werden alle stationären Psychiatrieleistungen der Luzerner Psychiatrie (Lups) und des Therapiezentrum Meggen beschrieben. Primär sind dies psychiatrische Leistungen für Luzerner Patientinnen und Patienten, die im Kanton selber behandelt wurden (innerkantonale Behandlungen). Darüber hinaus sind auch Leistungen für Patientinnen und Patienten enthalten, welche ihren Wohnsitz in anderen Kantonen (oder im Ausland) haben.

10.3.3.1 Inanspruchnahme von Leistungen

Die stationäre Psychiatrie im Kanton Luzern konzentriert sich auf die Luzerner Psychiatrie (Lups) und das Therapiezentrum Meggen. Die Lups ist in der stationären Erwachsenenpsychiatrie mit zwei Standorten präsent: in der Klinik St. Urban und in der Klinik Luzern. Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Therapiestationen befinden sich in Kriens.

2234 von insgesamt 2529 stationären psychiatrischen Fällen (88,3%) in den Luzerner Kliniken betrafen Patientinnen und Patienten, die im Kanton Luzern wohnhaft waren. Der Rest (295 Fälle) machten ausserkantonale Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten aus. Bezogen auf die Anzahl Pflegetage in Luzerner Kliniken wurden 106 907 Tage (88,5%) von innerkantonalen und 13 828 Tage von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten beansprucht.

Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Fälle und Pflegetage 2013 in den beiden Luzerner Psychiatrie-Institutionen nach den häufigsten Diagnosegruppen anfielen.

Tabelle 38: Inanspruchnahme der Luzerner Spitäler nach Diagnosegruppen, 2013

		Anzahl Fälle	Pflegetage
<i>Total</i>		2 529	120 735
Luzerner Psychiatrie	psych. und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	592	22 868
	affektive Störungen	493	23 836
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	450	18 397
	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	447	30 162
	neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	255	7 942
	organische, einschliesslich symptomatischer psych. Störungen	69	4 480
	Intelligenzminderung	66	2 250
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	38	2 472
	Entwicklungsstörungen	15	1 160
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	12	247
	nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	365
Therapiezentrum Meggen	psych. und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	89	6 469
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1	37
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	50

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Bei der Lups verteilen sich die Patientinnen und Patienten über alle Diagnosegruppen. Bezogen auf das Volumen an Pflegetagen in der Lups von total 114 176 Tagen sind folgende Diagnosegruppen am meisten vertreten: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (26,4%); affektive Störungen (20,9%); psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (20,0%) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (16,1%). Eine häufige Diagnosegruppe betrifft auch jene der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit einem Anteil von 7,0 Prozent an den Pflegetagen und einem 10,5-Prozent-Anteil am Total der Fälle.

Beim Therapiezentrum Meggen kommt seine spezifische Ausrichtung auf die Diagnose «psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» deutlich zum Vorschein.

10.3.3.2 Behandlungen von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten

Die Nicht-Luzerner Patientinnen und Patienten der Psychiatrie verteilen sich auf die Luzerner Kliniken gemäss der Tabelle 39. Bei der Lups ist jeder neunte Fall ein ausserkantonaler. Beim Therapiezentrum Meggen hingegen stellen die 35 ausserkantonalen Fälle einen Anteil von fast 40 Prozent am Total der Fälle dar.

Tabelle 39: Stationäre Psychiatrie, Anzahl ausserkantonale Fälle und Pflegetage in Luzerner Spitälern, nach Spital, 2013

	Anzahl Fälle	Anzahl Pflegetage	Anteil der ausserkantonalen Fälle am Total der Fälle (inner- und ausserkantonal) in %
<i>Total</i>	295	13 828	11,7
Luzerner Psychiatrie	260	11 065	10,7
Therapiezentrum Meggen	35	2 763	38,5

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Die geografische Herkunft der Nicht-Luzerner Patientinnen und Patienten präsentiert sich wie folgt:

Tabelle 40: Stationäre Psychiatrie, Anzahl ausserkantonale Fälle und Pflegetage in Luzerner Spitälern, nach Herkunftskanton, 2013

	Anzahl Fälle		Pflegetage	
	absolut	in %	absolut	in %
<i>Total</i>	295	100,0	13 828	100,0
Aargau	126	42,7	5 294	38,3
Bern	64	21,7	2 182	15,8
Obwalden	15	5,1	1 366	9,9
Zug	14	4,7	1 090	7,9
Schwyz	12	4,1	631	4,6
Nidwalden	11	3,7	698	5,0
Zürich	10	3,4	676	4,9
Wallis	8	2,7	526	3,8
Uri	4	1,4	644	4,7
Ausland	8	2,7	28	0,2
Rest ⁵¹	23	7,8	693	5,0

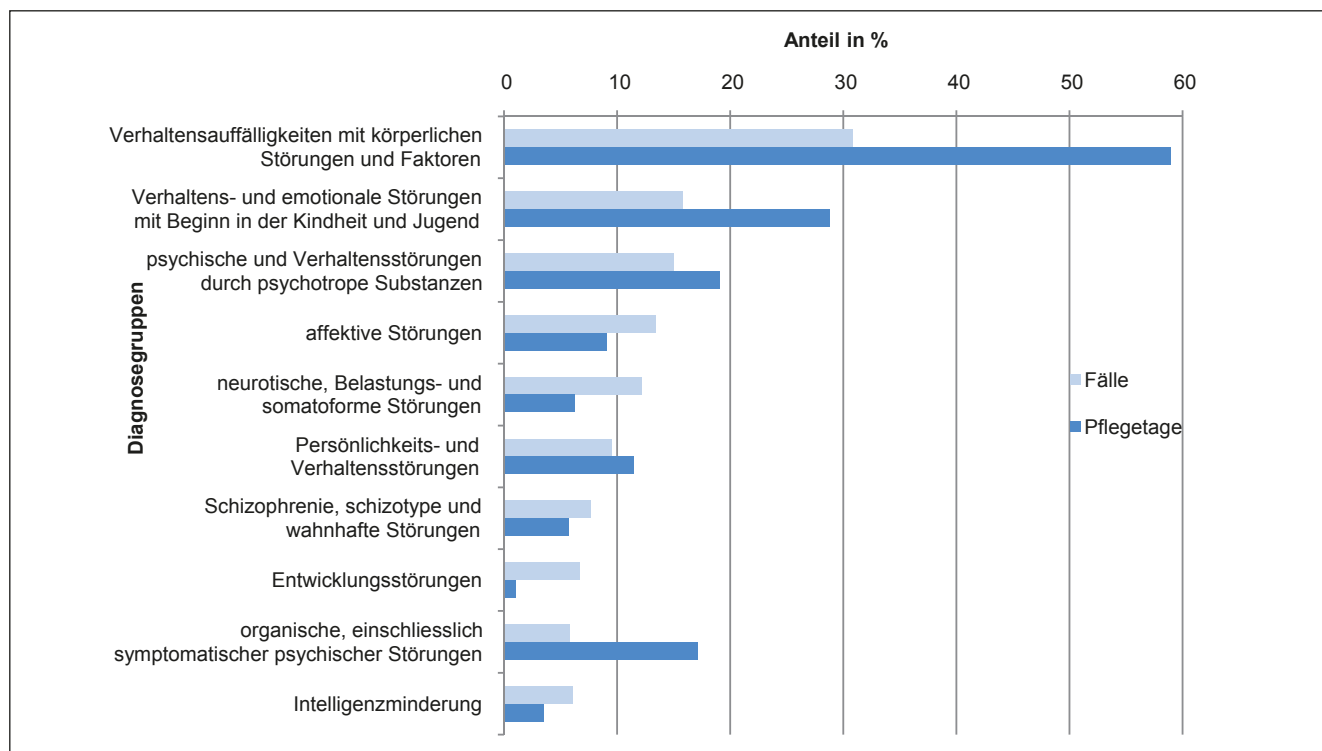
Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

⁵¹ Kantone AR, BL, BS, GE, GL, GR, JU, NE, SO, SG, TI.

Mit Abstand am meisten Patientinnen und Patienten kommen aus den Nachbarkantonen Bern und Aargau. Ein Hauptgrund dafür liegt in der unmittelbaren geografischen Nähe der Klinik in St. Urban zu diesen Kantonen. Weiter sind diese Ergebnisse damit zu erklären, dass die Lups auf der Spitalliste des Kantons Aargau steht. Dagegen ist die Lups nicht auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführt. Da aber die Tarife der Lups tiefer sind als der Referenztarif des Kantons Bern können sich dessen Einwohnerinnen und Einwohner ohne Mehrkosten und ohne Kostengutsprache in der Lups behandeln lassen.

Die folgende Abbildung zeigt die Bandbreite der Anteile von ausserkantonalen Fällen nach Diagnosegruppen.

Abbildung 22: Stationäre Psychiatrie, Anteile ausserkantonomaler Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflegetage) in Luzerner Spitälern, nach Diagnosegruppen in Prozent, 2013



Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Mit 58,9 Prozent war der ausserkantonale Anteil an Pflegetagen bei der Gruppe «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren» am höchsten; bei der Diagnosegruppe «Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend» liegt der ausserkantonale Anteil bei 28,8 Prozent. Anzumerken ist jedoch, dass die absolute Anzahl Pflegetage dieser beiden Gruppen sehr tief ist. Bei den anderen Diagnosegruppen betragen die entsprechenden Anteile an Pflegetagen weniger als 20 Prozent.

10.3.3.3 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der stationären Psychiatrie (je nach Bereich) präsentiert sich in den Luzerner Kliniken wie folgt:

Tabelle 41: Stationäre Psychiatrie, durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Luzerner Spitälern, 2012 und 2013

Spital	Bereich	durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	
		2012	2013
Luzerner Psychiatrie Lups	Erwachsenenpsychiatrie akut	29,4	30,3
	Jugendpsychiatrische Therapiestation	93,2	114,9
	Kinderpsychiatrische Therapiestation	150,0	130,8
Therapiezentrum Meggen (TZM)		81,3	71,5

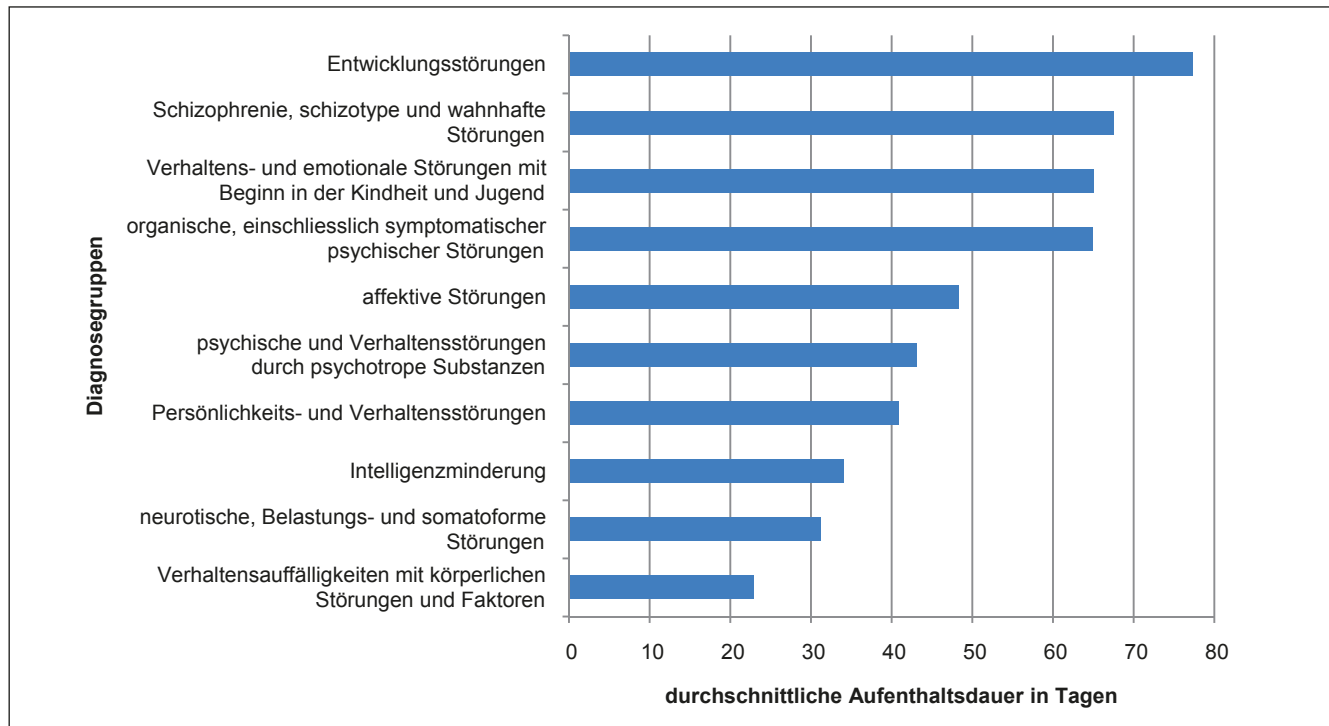
Quelle: BFS (MS, KS), Lups und TZM

Je nach Patientengruppe sind die Verweildauern sehr unterschiedlich. In der Erwachsenenpsychiatrie (Akutstation) beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer rund 30 Tage.

In Abbildung 23 wird die Aufenthaltsdauer in den Luzerner Psychiatriekliniken auf die einzelnen Diagnosegruppen aufgeschlüsselt. Demnach weisen in den Luzerner Kliniken die Entwicklungsstörungen⁵² mit 77 Tagen die längste mittlere Aufenthaltsdauer auf, gefolgt von der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und den organischen, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen von jeweils mehr als 60 Tagen.

⁵² In dieser Diagnosegruppe sind zum grössten Teil Kinder und Jugendliche betroffen.

Abbildung 23: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Luzerner Psychiatriekliniken, nach Diagnosegruppen, 2013



Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

10.3.3.4 Bettenbelegung in den Luzerner Kliniken

Aus der Gegenüberstellung der Anzahl Pflegetage und der Anzahl verfügbarer Betten einer Institution lässt sich die durchschnittliche Bettenbelegung respektive die Bettenauslastung berechnen. Die Luzerner Kliniken waren 2013 voll ausgelastet. Während das Therapiezentrum Meggen eine Bettenbelegung von 94 Prozent aufwies, betrug diese bei der Luzerner Psychiatrie gar 101,8 Prozent (inkl. Notbetten).

Tabelle 42: Stationäre Psychiatrie, Bettenzahl und -belegung der Luzerner Spitäler, 2013

Spital	Anzahl Betten	Bettenbelegung in %
Luzerner Psychiatrie	295	101,8
Therapiezentrum Meggen	19	93,9

Quelle: BFS (KS); Auswertung: Obsan

10.3.4 Luzernerinnen und Luzerner in ausserkantonalen Kliniken

Rund 20 Prozent der Fälle beziehungsweise Hospitalisierungen und auch Pflegetage von Luzernerinnen und Luzernern wurden 2013 (wie auch 2012) in Kliniken anderer Kantone behandelt. Davon entfielen über ein Viertel der ausserkantonalen Pflegetage auf Kliniken im Kanton Bern.

Grössere Anteile (14% und mehr) an ausserkantonalen Fällen sind in der Privatklinik Meiringen, der Klinik Clenia Littenheid und der Klinik Meissenberg zu verzeichnen.

Knapp über die Hälfte der insgesamt 542 ausserkantonalen Hospitalisierungen und der total 26858 Pflegetage betreffen Personen aus den Wahlkreisen Luzern-Land und Luzern-Stadt.

10.3.4.1 Ausserkantonale Spitalbehandlungen

Nachfolgende Betrachtungen beziehen sich auf Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Luzern, die sich in anderen Kantonen behandeln liessen.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 542 Fälle und 26858 Pflegetage von Luzernerinnen und Luzernern in Spitälern anderer Kantone registriert.⁵³ Im Vergleich mit dem gesamten Volumen, das von der Luzerner Wohnbevölkerung beansprucht wurde (2776 Fälle; 133 765 Pflegetage), fielen 19,5 Prozent aller Fälle und 20,1 Prozent aller Pflegetage auf ausserkantonale Spitäler.

⁵³ Jahr 2012: Total 520 Fälle und 27 269 Pflegetage von Luzernerinnen und Luzernern in Spitälern anderer Kantone.

Tabelle 43: Stationäre Psychiatrie, Luzernerinnen und Luzerner nach Standortkanton der ausserkantonalen Spitalbehandlungen, 2013

	Anzahl Fälle	Anzahl Pfl egetage
<i>Total</i>	542	26 858
Bern	144	7 287
Zürich	92	5 588
Thurgau	83	4 196
Zug	73	4 013
Aargau	62	2 671
Graubünden	30	1 090
Basel-Stadt	13	708
Obwalden	9	215
Schwyz	9	241
Basel-Land	9	412
St. Gallen	7	147
Solothurn	4	135
Appenzell Ausserrhoden	4	118
Rest ⁵⁴	3	37

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Auffallend ist der Kanton Bern mit über einem Viertel aller ausserkantonalen Pfl egetage. Danach folgen die Kantone Zürich (Spitaltage 20,8%), Thurgau (15,6%), Zug (14,9%) und Aargau (10,0%). Die höheren Fallzahlen und Pfl egetage von Luzerner Patientinnen und Patienten in den Kantonen Thurgau und Aargau lassen sich unter anderem darauf zurückführen, dass es im Bereich der stationären Psychotherapie in Luzern kein Angebot hat und die Klinik Clenia Littenheid (TG) sowie die Klinik Schützen Rheinfelden (AG) auf der Luzerner Spitalliste aufgeführt sind.

10.4.3.2 Ausserkantonale Behandlungen nach Kliniken

Die nachfolgende Tabelle 44 listet die einzelnen Kliniken auf, welche von Luzernerinnen und Luzernern für ausserkantonale Psychiatriebehandlungen im Jahr 2013 am häufigsten aufgesucht werden.

Tabelle 44: Stationäre Psychiatrie, von Luzernerinnen und Luzernern am häufigsten aufgesuchte ausserkantonale Spitäler (Fälle und Pfl egetage), 2011–2013

Klinik	Kanton	auf Luzerner Spitalliste (ja/nein)	Anzahl Fälle			Anzahl Pfl egetage			Anteil am To- tal der Pfl e- getage in %
			2011	2012	2013	2011	2012	2013	
<i>Total</i>			399	520	542	24 439	27 269	26 858	100,0
Privatklinik Meiringen	BE	nein	64	78	93	3 720	4 200	4 368	16,3
Klinik Meissenberg	ZG	nein	58	65	69	4 454	4 029	3 940	14,7
Klinik Clenia Littenheid	TG	ja	70	75	77	4 582	4 611	3 777	14,1
Klinik Schützen Rheinfelden	AG	ja	25	38	37	1 141	1 861	1 762	6,6
Sanatorium Kilchberg	ZH	nein	18	18	28	785	546	1 378	5,1
Klinik Wysshölzli, Herzogenbuchsee	BE	ja	11	13	16	1 392	1 848	1 338	5,0
Privatklinik Hohenegg, Meilen	ZH	nein	12	29	26	700	1 526	1 306	4,9
Psychiatr. Universitätsklinik Zürich	ZH	nein	7	7	8	199	95	944	3,5

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

Dabei zeigt sich, dass die grössten Anteile – jeweils mehr als 10 Prozent des Volumens an ausserkantonalen Fällen und Pfl egetagen – auf die Privatklinik Meiringen, die Klinik Clenia Littenheid sowie die Klinik Meissenberg entfallen. Dieses Ergebnis war bereits 2011 und 2012 zu beobachten.

Die Betrachtung der Jahre 2011 bis 2013 hinsichtlich des relativen Anteils der Klinik am Gesamttotal der ausserkantonalen Fälle und Pfl egetage verdeutlicht, dass vor allem in der Privatklinik Meiringen und im Sanatorium Kilchberg steigende Anteile an Fällen und Pfl egetagen zu verzeichnen sind. Dagegen weisen die Klinik Clenia Littenheid und die Klinik Meissenberg sinkende Anteile ihrer Pfl egetage am Gesamttotal auf.

Diese Werte im dreijährigen Vergleich zeigen, dass Patientenströme zum Teil neu verlaufen können, nicht zuletzt auch aufgrund der freien Spitalwahl.

10.3.4.3 Ausserkantonale Behandlungen nach Diagnosegruppen

Die Einteilung der ausserkantonalen psychiatrischen Hospitalisierungen von Luzernerinnen und Luzernern in Diagnosegruppen zeigt, dass bei über der Hälfte aller ausserkantonalen Fälle (294 von 542) respektive Pfl egetage affektive Störungen zur Hospitalisierung geführt haben. Dies betrifft vor allem Fälle aus der stationären Psychotherapie (lange Aufenthaltsdauer). Am zweithäufigsten wurden – mit 77 Fällen (14,2%) – Luzerner Patientinnen und Patienten aus der Gruppe neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ausserkantonale hospitalisiert.

⁵⁴ Rest: Kantone SH, TI, VS.

Tabelle 45: Stationäre Psychiatrie, Luzernerinnen und Luzerner in ausserkantonalen Spitälern nach Diagnosegruppen, 2013

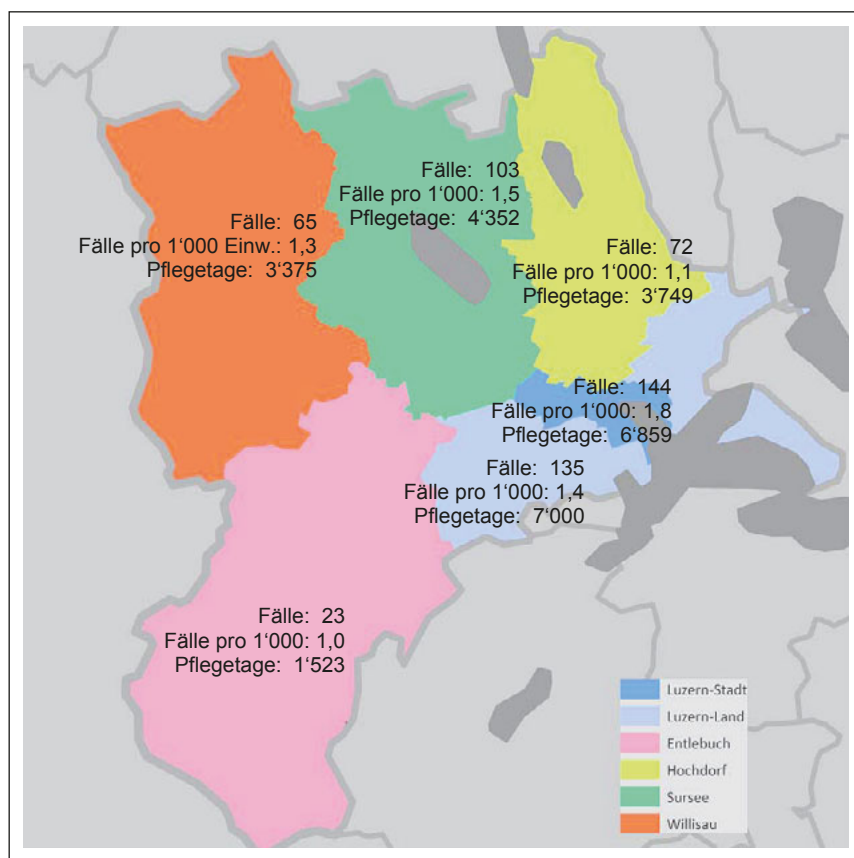
	Anzahl Fälle	Anzahl Pflegetage
<i>Total</i>	542	26 858
organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	9	371
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	54	2 565
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	38	1 719
affektive Störungen	294	14 263
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	77	3 529
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	23	1 694
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	25	1 675
Intelligenzminderung	4	128
Entwicklungsstörungen	4	378
Verhaltens- / emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	4	209
andere Diagnosen	10	327

Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan

10.3.4.4 Ausserkantonale Behandlungen nach Regionen

In der folgenden Abbildung werden die ausserkantonalen psychiatrischen Fälle und Pflegetage von Luzernerinnen und Luzernern nach Regionen unterschieden. Von den insgesamt 542 Fällen und 26 858 Pflegetagen fallen im Jahr 2013 rund je ein Viertel auf die Wahlkreise Luzern-Stadt und Luzern-Land. Im Wahlkreis Entlebuch hingegen wurden lediglich 23 ausserkantonale Fälle registriert.

Abbildung 24: Stationäre Psychiatrie, Luzerner/innen in ausserkantonalen Spitälern, nach Herkunft (Wahlkreis) 2013. Fälle, Fälle pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner, Pflegetage



Quelle: BFS (MS, KS); Auswertung: Obsan und Dienststelle Gesundheit und Sport

10.3.5 Einzugsgebiete der Luzerner Kliniken für innerkantonale Behandlungen

Die Mehrheit aller Patientinnen und Patienten (68 bis 91%) aus den jeweiligen Wahlkreisen Hochdorf, Sursee, Willisau und Entlebuch wurden 2013 in der Klinik St. Urban behandelt. Für Patientinnen und Patienten aus der Stadt Luzern und Luzern-Land ist es ziemlich genau die Hälfte.

Dafür werden nur wenige Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus den Wahlkreisen Sursee, Willisau und Entlebuch in der Klinik in der Stadt Luzern durchgeführt (6 bis 9%). Hingegen werden 45 Prozent der Patientinnen und Patienten aus der Stadt Luzern und 41 Prozent aus Luzern-Land in der Klinik in Luzern behandelt.

Nahezu 80 Prozent der innerkantonalen Hospitalisierungen in der Kinderpsychiatrischen und Jugendpsychiatrischen Therapiestation in Kriens betreffen Patientinnen und Patienten aus den drei Wahlkreisen Luzern-Land, Luzern-Stadt und Hochdorf.

10.4 Prognosen zur Psychiatrie

Für die Luzerner Bevölkerung wird zwischen 2013 und 2023 eine Zunahme der psychiatrischen Hospitalisierungen (Fälle) von knapp 6 Prozent (Pflegetage: 7,4%) erwartet.

In den Voraussagen soll der Grundsatz «ambulant vor stationär» mitberücksichtigt werden, da der zunehmende Bedarf an ambulanten Leistungen möglicherweise auch zu einer Entlastung der stationären Einrichtungen führen kann. Dies bedingt aber eine nachfrageorientierte Anpassung und einen Ausbau der ambulanten Angebote sowie eine adäquate Anpassung der Tarifstruktur.

10.4.1 Fälle und Pflegetage

Wie bei der stationären Akutsomatik und Rehabilitation werden für die künftige Inanspruchnahme von stationären Psychiatrieleistungen die Prognosen gemäss dem mittleren Bevölkerungsszenario des BFS bis ins Jahr 2023 verwendet. Und wie bei der stationären Rehabilitation werden sowohl inner- als auch ausserkantonale Behandlungen der Luzerner Bevölkerung betrachtet.

Für die Entwicklung der künftigen Aufenthaltsdauern wird das Szenario verwendet, bei welchem die im Ausgangsjahr (2013) gemessenen Aufenthaltsdauern bis ins Zieljahr (2023) konstant bleiben (Szenario «Referenz»).

Tabelle 46: Stationäre Psychiatrie, Prognosen der Fälle und Pflegetage der Luzerner Bevölkerung, 2013–2023

Diagnosegruppen	Fälle			Pflegetage		
	2013	2023	Veränd. 2013– 2023 in %	2013	2023	Veränd. 2013– 2023 in %
	Anzahl Fälle	Anzahl Fälle		Anzahl Tage	Szenario «Referenz» Anzahl Tage	
<i>Total</i>	2776	2940	5,9	133 765	143 611	7,4
organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	74	94	27,0	4083	5 166	26,5
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	633	671	6,0	26 312	28 258	7,4
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	451	474	5,1	30 150	32 567	8,0
affektive Störungen	721	774	7,4	35 937	38 767	7,9
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	301	311	3,3	10 974	11 333	3,3
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	32	31	–3,1	1 816	1 677	–7,7
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	433	449	3,7	17 996	19 021	5,7
Intelligenzminderung	66	69	4,5	2 300	2 601	13,1
Entwicklungsstörungen	18	18	0,0	1 536	1 509	–1,8
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ⁵⁵	36	35	–2,8	1 969	1 987	0,9
andere Diagnosen	11	13	18,2	692	726	4,9

Quelle: BFS (MS, KS, Statpop: mittleres Bevölkerungsszenario, 2013); Auswertung: Obsan

Die Schätzungen ergeben zwischen 2013 und 2023 eine Zunahme der psychiatrischen Fälle von Luzernerinnen und Luzernern von 2776 auf 2940 (5,9%). Im Vergleich zu den Fallprognosen im Bereich der Akutsomatik (14,2%) und der Rehabilitation (17,7%) fällt der geschätzte Anstieg in der stationären Psychiatrie relativ moderat aus.

Werden die Fallprognosen nach einzelnen Diagnoseeinheiten betrachtet, ergeben sich (abgesehen von der vernachlässigbar kleinen Fallzahl bei den «organischen, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen» und den «anderen Diagnosen») die grössten Zunahmen bei den «affektiven Störungen» (7,4%) und den «psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» (6,0%).

Das Aufenthaltsdauer-Szenario «Referenz» führt für die Luzerner Bevölkerung bezüglich der insgesamt beanspruchten *Pflegetage* zu folgender Prognose: Ausgehend von 133 765 Pflegetagen werden für das Jahr 2023 143 611 Tage (7,4%) prognostiziert, es wird somit ein leicht höherer Anstieg als bei den Fällen erwartet.

⁵⁵ Die Lups macht bei dieser Diagnosegruppe in der Praxis gegenteilige Tendenzen aus.

10.4.2 Grundsatz «ambulant vor stationär»

Der wichtige Grundsatz «ambulant vor stationär» ist auch bei den Prognosen mitzubberücksichtigen. «Ambulant vor stationär» besagt, dass zuerst alle Möglichkeiten der ambulanten und teilstationären Versorgung ausgeschöpft werden sollen, bevor ein Patient oder eine Patientin stationär in einer Klinik behandelt wird. Der zunehmende Bedarf an ambulanten psychiatrischen Leistungen wird möglicherweise in der Erwachsenenpsychiatrie zu einer Entlastung der stationären Einrichtungen führen. Dies bedingt jedoch, dass die ambulanten Angebote entsprechend der Nachfrage angepasst und ausgebaut werden. Dies wiederum kann nur geschehen, wenn auch die Finanzierung der ambulanten Psychiatrieleistungen klarer geregelt ist.

Die ambulanten psychiatrischen Behandlungen werden über das Tarifsysteem Tarmed geregelt, während in der stationären Psychiatrie Tagespauschalen angewendet werden. Ziel ist es, dass sich stationäre und ambulante Psychiatrieleistungen ergänzen und nicht aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsregeln gegenseitig konkurrieren. Wird dieses Ziel erreicht, werden die ambulant psychiatrischen Leistungen weiter an Bedeutung gewinnen.

Das heutige Finanzierungssystem ist für die Entwicklung zu integrierten Angeboten von ambulanter und stationärer Versorgung hinderlich. Die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung verschwinden zunehmend. Genau diese integrierten Leistungsangebote (Tagesklinik, GiA, aufsuchende und nachgehende Behandlung der ambulanten institutionellen Psychiatrie mit den sogenannten «sozialpsychiatrischen Leistungen» u. Ä.) werden künftig noch mehr an Bedeutung gewinnen, sind aber in der gegenwärtigen Tarifstruktur nicht oder ungenügend abgebildet. Eine Überarbeitung des Abgeltungssystems scheint also in diesem Zusammenhang dringend nötig, da der Trend zur Strukturveränderung in den psychiatrischen Behandlungsangeboten weiter anhalten wird. Die momentan laufende Gesamtrevision von Tarmed durch die tripartite Organisation H+, FMH und MTK bietet eine Chance, die veraltete und lückenhafte Leistungsabgeltung dieser integrierten Leistungsangebote zu verbessern.

10.5 Entwicklung aus Sicht der Spitäler

Die Luzerner Psychiatrie (Lups) und das Therapiezentrum Meggen wurden eingeladen, die Entwicklung ihrer Leistungsangebote der nächsten Jahre aufzuzeigen.

Im Folgenden werden diese Ausführungen der Institutionen zur künftigen, längerfristigen Entwicklung wiedergegeben. Es geht um Einschätzungen zum medizinischen Leistungsangebot, zu Prognosen, zu Investitionen und auch zu Kooperationen.

Genauso wie die Prognosen der amtlichen Statistik rechnet die Lups mit einem weiter steigenden Bedarf an psychiatrischen Leistungen und verweist zudem auf den Anteil von rund 20 Prozent ausserkantonale behandelte Patientinnen und Patienten. Das Angebot soll deshalb schrittweise und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Die künftige psychiatrische Versorgung wird immer mehr gemeindenah, ambulant, mobil und vernetzt sein. Die hohe Auslastung der stationären Angebote verdeutlicht aber nach wie vor deren grosse Bedeutung. Die psychiatrische Versorgung wird also zur Netzwerkaufgabe.

10.5.1 Luzerner Psychiatrie

Der Bedarf an psychiatrischen Leistungen wird auch im Kanton Luzern weiter zunehmen (mehr Fälle, höhere Behandlungsintensität). Die prognostizierte Zunahme wird einerseits mit dem Bevölkerungswachstum erklärt, zum anderen mit verschiedenen Einflüssen wie demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen und der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Insbesondere bei Abhängigkeits- und Depressionserkrankungen gibt es Hinweise auf eine Zunahme. Die künftige psychiatrische Versorgung wird primär gemeindenah, ambulant, mobil und vernetzt sein. Die anhaltend hohe Auslastung der stationären Angebote zeigt aber deutlich deren nach wie vor grosse Bedeutung.

Neben angebotsspezifischen Veränderungen werden die Lups in den kommenden Jahren auch bauliche Fragen beschäftigen. Mit der (frühestens) für 2018 geplanten Einführung von Fallpauschalen in der Psychiatrie (Tarpsy) und der Gesamtrevision von Tarmed stehen auch im Bereich der Tarfsysteme grössere Veränderungen an. Insbesondere beschäftigt die Psychiatrie die strukturelle Unterdeckung der ambulanten Leistungen im Tarfsystem Tarmed. Es ist für die Entwicklung der Psychiatrie zentral, dass im Zuge der Forderung nach einer stärkeren integrierten Versorgung rasch auch adäquate Finanzierungssysteme entwickelt und eingeführt werden.

Auch in der Strategie «Lups2020» wurde der steigenden Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen Rechnung getragen. Die Lups ist laufend daran, in den Bereichen Angebot, Ressourcen und Infrastrukturen den Anforderungen und der Nachfrage entsprechend zu reagieren.

10.5.1.1 Entwicklung und Trends in der Psychiatrie

Die Anzahl älterer Menschen steigt. Es ist zu erwarten, dass dieses Alterssegment vermehrt psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch nehmen wird, sowohl ambulant wie stationär. Es wird angenommen, dass auch im Bereich der Alterspsychiatrie die Nachfrage nach ambulanten, mobilen Angeboten steigen wird. Eine gute Vernetzung und Kooperation zwischen der Psychiatrie, der Geriatrie, den Alters- und Pflegeheimen sowie der Spitex und weiteren Netzwerkpartnern werden an Bedeutung gewinnen.

Die Zukunft liegt in einer integrierten Versorgung. Das Behandlungssetting wird noch konsequenter auf die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen zugeschnitten. Die Grenzen zwischen ambulant, teilstationär und stationär werden zunehmend durchlässiger.

Die psychiatrische Versorgung wird zur Netzwerkaufgabe. Die Leistungserbringer (niedergelassene Fachpersonen aus Psychiatrie, Psychologie, Hausarztmedizin, Pflege, Psychiatrie-Spitex, schulische Dienste, Alters- und Pflegeheime sowie weitere psychiatrische und soziale Institutionen) und Mitbeteiligte (Angehörige) sind gefordert – mit Blick auf optimierte Patientenprozesse –, ihre Leistungen noch besser aufeinander abzustimmen.

10.5.1.2 Geplante Angebotsentwicklung, Investitionen und Massnahmen

Grundsätzlich verweist die Lups auf die durch unseren Rat genehmigte Investitionsplanung beziehungsweise Immobilienstrategie vom 27. März 2013. Die seit diesem Zeitpunkt veränderten Variablen wurden nachfolgend berücksichtigt. Das Investitionsvolumen für die Planungsperiode 2013 bis 2022 umfasst rund 60 Millionen Franken.

- *Ersatzneubau Alterspsychiatrie Haus C in St. Urban*

Der Wettbewerb für den Ersatzneubau der Alterspsychiatrie in einem offenen einstufigen Ausschreibungsverfahren in Übereinstimmung mit dem Gesetz über die öffentlichen Beschaffungen vom 19. Oktober 1998 (SRL Nr. 733) ist abgeschlossen. Die Jurierung erfolgte im Juni 2014. Der Bezug ist für das Jahr 2017 vorgesehen.

Um dem steigenden Bedarf an psychiatrischen Leistungen Rechnung zu tragen, hat die Lups im Zuge des Ersatzneubaus Alterspsychiatrie (drei Stationen à 20 Betten) die im Wettbewerb integrierte Planungsoption für zwei zusätzliche Stationen eingelöst. Somit ist es der Lups möglich, in den kommenden Jahren ihr Angebot zweckmässig und bedarfsgerecht im Rahmen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zu organisieren.

- *Angebotsentwicklung in der Erwachsenenpsychiatrie im Zuge der Infrastrukturentwicklung*

Wie in diesem Planungsbericht dargelegt, ist auch in der Psychiatrie mit einer weiter steigenden Nachfrage zu rechnen. Im Jahr 2012 liessen sich ausserdem rund 19 Prozent der psychiatrischen Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandeln. Dies betrifft insbesondere den Bereich der affektiven Störungen (Depressionen/Burnout) und den Bereich der stationären Psychotherapien. Weiter verfügt der Kanton Luzern kaum über psychiatrische Angebote im Zusatzversicherungsbereich. Um dem steigenden Bedarf in den genannten Bereichen Rechnung zu tragen, plant die Luzerner Psychiatrie in den kommenden Jahren, ihr Angebot zweckmässig und bedarfsgerecht im Rahmen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung anzupassen, entsprechende Investitionen eingeschlossen.

- *Sanierung Haus B in St. Urban*

Das Haus B muss mittelfristig komplett saniert werden. Beim baugleichen Haus A konnte die Innensanierung im Jahr 2011 abgeschlossen werden und hat sich sehr gut bewährt. Das Haus B ist rund sechs Jahre jünger als das Haus A (Baujahr 1982). Bei dessen Sanierung soll die Innen- und Aussensanierung zusammengefasst vorgenommen werden. Beim Haus A steht die Aussensanierung noch aus.

- *Ambulante Dienste in Sursee*

Sursee ist neben der Stadt und Agglomeration Luzern das zweite Wachstumszentrum des Kantons Luzern. Mit der steigenden Bevölkerungszahl wächst auch die Nachfrage nach psychiatrischen Dienstleistungen in und um Sursee. Die bisherigen infrastrukturellen Voraussetzungen an den drei separaten Standorten in Sursee genügten nicht mehr oder mussten teilweise aufgrund anderer Bedürfnisse der Vermieterschaft frei gemacht werden.

Mit der Zusammenführung und Bündelung aller ambulanten Angebote an einem gemeinsamen Standort können Synergien zugunsten einer integrierten Patientenversorgung am Standort Sursee genutzt werden. Mit der Kohäsion der Angebote im Enterprisegebäude wurde ein Kompetenzzentrum der Lups in der Stadt Sursee geschaffen. Die Kohäsion aller Angebote der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte in Übereinstimmung mit der Unternehmensstrategie «Lups2020» und der Teilstrategie Immobilien nach dem Grundsatz «dezentral – zentral». Der Vorteil besteht in der engeren Zusammenarbeit der Kinder-/Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie und der grösseren räumlichen Funktionalität sowie den Synergien im Supportbereich.

- *Ambulante Dienste in Wolhusen (zzt. Wolhusen/Willisau/Schüpfheim)*

Im Zuge des geplanten Neubaus des Spitals Wolhusen will die Luzerner Psychiatrie in dieser Region voraussichtlich ihre ambulanten Angebote im Sinn eines ambulanten Kompetenzzentrums bündeln und so Synergien zugunsten einer integrierten Patientenversorgung nutzen. Verbesserungen ergeben sich dadurch sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeitenden der Luzerner Psychiatrie. So wird in Zukunft eine noch engere Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Erwachsenenpsychiatrie (u. a. Familientherapien) möglich sein. Weitere Vorteile sind die Nähe zur Akutomatik, die Erreichbarkeit mit individuellem und öffentlichem Verkehr, das Parkplatzangebot, die grössere räumliche Funktionalität sowie Synergien im Supportbereich.

- *Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Luzern/Kriens*

Zu den bestehenden Therapiestationen für Kinder und Jugendliche in Kriens fehlt bisher ein adäquates Akutangebot für Kinder und Jugendliche, die sich in einer akuten Krise befinden. Ein Teil dieser Kinder wird zurzeit im Luzerner Kinderspital vom Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischen Dienst betreut und behandelt. Für die Jugendlichen stehen aber lediglich vier besondere Akutplätze in der Erwachsenenpsychiatrie der Klinik Luzern zur Verfügung. Im Zuge des Neubaus des Luzerner Kinderspitals und einer räumlichen Option am Standort Kriens könnte eine weitere massgebliche Verbesserung bei den Akut- und Therapieangeboten für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung erreicht werden. Die zusätzlichen Angebote sollen den Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Luzern und entsprechend den Möglichkeiten über die Kantonsgrenzen hinweg auch ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

- *Forensischer Dienst*

Während bei der Nachfrage nach strafrechtlichen forensisch-psychiatrischen Gutachten in den letzten Jahren kein grosses Wachstum zu verzeichnen ist, kann ein grosser Bedarf an Übernahme ambulanter Massnahmenbehandlungen festgestellt werden, für die die aktuellen Behandlungskapazitäten nicht ausreichen. Im Kanton Luzern ist diesbezüglich eine Unterversorgung festzustellen. Zukünftig muss ein Ausbau der Kapazitäten geprüft werden.

10.5.1.3 Geplante Kooperationen

– *Projekt Lups-ON (Obwalden-Nidwalden)*

Aufgrund der knappen finanziellen Mittel der öffentlichen Hand und des Prämiendruckes seitens der Versicherer geraten die Spitäler und Kliniken vermehrt unter starken Kostendruck. Gleichzeitig macht auch den psychiatrischen Kliniken der Fachkräftemangel zu schaffen, was ebenfalls nach einer effizienten Einteilung der Kräfte ruft.

Im Rahmen der strategischen Überlegungen zur zukünftigen Versorgung im Versorgungsraum Pons (Psychiatrie Obwalden Nidwalden Sarnen) hat der Kanton Obwalden grundsätzliche Überlegungen angestellt. Es müssen nachhaltige Lösungen gefunden werden, welche den knappen finanziellen Mitteln sowie dem Fachkräftemangel bestmöglich Rechnung tragen. Ein möglicher Weg, um die Versorgungssicherheit und die Qualität in der psychiatrischen Versorgung mit vertretbaren Kosten langfristig zu gewährleisten, ist eine regionale und grenzübergreifende Bereitstellung der entsprechenden Versorgungsleistungen, Prozesse und Strukturen (inkl. Infrastrukturen).

In diesem Sinn wird zurzeit geprüft, ob in Zukunft die institutionelle, psychiatrische Versorgung von Ob- und Nidwalden aus einer Hand, das heisst durch die Luzerner Psychiatrie, erfolgen soll. Die Lups betreibt aufgrund ihres flächendeckenden Versorgungsauftrages bereits heute verschiedene Standorte und weist daher langjährige Erfahrung im Betrieb von Standorten und deren unterschiedlichen Anforderungen auf. Gleiches gilt hinsichtlich der Erfahrung in der Zusammenarbeit mit einem somatisch-medizinischen Spital, wie dies zwischen dem LUKS und der Lups auf dem Spitalareal Luzern seit Jahren erfolgreich praktiziert wird. Diese Erfahrungen können hinsichtlich der möglichen Zusammenarbeit am Standort Sarnen beigezogen werden.

– *Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG)* (insbes. bei psychiatrischen Spezialangeboten und im Supportbereich)

Die Lups befindet sich mit den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG) in regem Austausch. Die beiden Kliniken sprechen sich wenn möglich beim Leistungsangebot ab. Es wurde beispielsweise vereinbart, dass die PDAG für das Justiz- und Sicherheitsdepartement des Kantons Luzern Plätze für die stationäre Forensik schafft und die Lups auf die Errichtung eines eigenen Angebots verzichtet, da der Aufbau und der Betrieb dieses Spezialangebots für die Lups allein zu teuer wäre.

Die Lups versorgt im Übrigen rund 50 Prozent der stationären Fälle aus dem Raum Zofingen. Auch wurde zwischenzeitlich eine Zusammenarbeit im Bereich des Leistungseinkaufes vereinbart.

– *Zusammenarbeit mit der Spitalregion Oberaargau* (insbes. bei Spezialangeboten der Psychiatrie [u. a. Alterspsychiatrie] und im internistischen Bereich sowie anderen Zusammenarbeitsfeldern bei den unterstützenden Prozessen wie z. B. im Bereich der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes)

10.5.2 Therapiezentrum Meggen

– *Prognosen (Pflegetage / Aufenthaltsdauer / Patientenzahl / Anzahl Betten)*

Das Therapiezentrum Meggen (TZM) rechnet tendenziell mit einer gleichbleibenden Anzahl von Pflegetagen. Angenommen wird, dass die Aufenthaltsdauer in den nächsten 5 bis 8 Jahren (bei gleicher Anzahl Pflegetagen) eher sinkt, aber dass die Zahl der Patientinnen und Patienten eher zunimmt.

Das Bettenangebot soll auf dem jetzigen Stand beibehalten werden. Es ist weder ein Ausbau noch eine Reduktion von Betten geplant.

– *Medizinische Entwicklung bei Abhängigkeitserkrankungen*

Einerseits ist aus Sicht des TZM davon auszugehen, dass immer mehr Personen bereits in der Adoleszenz oder in höherem Alter an Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit erkranken. Andererseits ist anzunehmen, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten mit einer reinen Suchterkrankung weiterhin sinkt, dass jedoch mehr Doppeldiagnosen (Suchterkrankung kombiniert mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung) auftreten werden.

– *Leistungsangebotsveränderungen*

Das Therapieprogramm bezüglich der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol und andere) wird laut dem TZM laufend den veränderten Patientenbedürfnissen angepasst. Zusätzliche Leistungsangebote sind keine vorgesehen; solche können aber bei Veränderungen des Gesundheitsmarktes nicht ausgeschlossen werden.

– *Geplante Investitionen*

Bauliche Investitionen (und ggf. Anpassungen des Stellenschlüssels) werden laufend und gemäss den veränderten Patientenbedürfnissen durch das TZM vorgenommen.

Das TZM erwartet in den nächsten Jahren erhebliche Kosten durch zu tätigende EDV-Anpassungen (Einführung eHealth, höhere Anforderungen an statistische Erhebungen, veränderte Rechnungslegungs- und Abrechnungsmodalitäten).

– *Kooperationen*

Gemäss dem TZM wird es von den Krankenkassen in Tarifverträgen dazu verpflichtet, Patientinnen und Patienten, die zur Entwöhnung einer Suchtkrankheit im TZM weilen, auch im Haus psychiatrisch zu versorgen. Zudem will das TZM die gesamte psychiatrische Versorgung auch aus Kostengründen selber erbringen. Allenfalls müsste hier eine Anpassung des Stellenschlüssels vorgenommen werden. Eine mögliche Prüfung von Kooperationen mit anderen Kliniken kann es gemäss dem TZM im EDV-Bereich geben.

10.6 Beurteilung und Fazit zur stationären Psychiatrie

Die Analysen in der stationären Psychiatrie zeigen, dass das *Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung umfangreich* ist und die Leistungen in den Luzerner Kliniken in *guter Qualität* erbracht werden. Gesamthaft gesehen ist die Versorgung für Luzernerinnen und Luzerner *adäquat sichergestellt*. Allerdings ist der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen in der psychiatrischen Versorgung etwas höher als in der Akutsomatik.

Bei den Prognosen bis ins Jahr 2023 ist für die Luzerner Bevölkerung mit einer Zunahme der Spitaleintritte und Pflegetage von 6 bis 7,5 Prozent zu rechnen.

Die ambulanten Angebote haben an Bedeutung stark zugenommen (Gemeindeintegrierte Akutbehandlung [GiA], Drop-in Luzern, ambulante Alterspsychiatrie und Memory Clinic). Nach wie vor bilden die stationären Angebote aber eine wichtige Stütze. Die Grenzen zwischen ambulant, teilstationär und stationär werden jedoch zunehmend durchlässig. Die Zukunft liegt in der integrierten Versorgung, wobei dazu neue Abgeltungsmodelle nötig sein werden, welche diese Entwicklung begünstigen. Die psychiatrische Versorgung wird zur Netzwerkaufgabe.

In der institutionellen psychiatrischen Versorgung ist eine stärkere Zusammenarbeit über die Kantons Grenzen hinaus zu beobachten.

– Ausgangslage

Bei der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung hat unser Rat in den Bereichen Akutsomatik und Rehabilitation sowie Psychiatrie darauf verzichtet, den Kliniken bestimmte Kapazitäten oder Betten zuzuteilen. Auch in der Psychiatrie soll jedes Spital alle Leistungen anbieten dürfen, solange Qualitätsstandards und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind. Der Kanton greift nur dann steuernd ein, wenn die Gesundheitsversorgung qualitativ oder quantitativ nicht genügt oder wenn die Gefahr besteht, dass die Versorgung in Zukunft nicht mehr ausreichend oder ausreichend gut sein könnte.

Auch bei der Psychiatrie machen unser Rat und das Gesundheits- und Sozialdepartement allen Spitälern mittels Leistungsaufträgen und vereinbarten Vorgaben, die sie einhalten müssen. Diese Vorgaben betreffen zum Beispiel die Qualität, die Aus- und Weiterbildung oder die Aufnahmepflicht. Die Spitäler müssen der Dienststelle Gesundheit und Sport periodisch darüber Bericht erstatten.

– Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern sichergestellt

Die durchgeführten Analysen und die Qualitätsergebnisse der Luzerner Kliniken zeigen, dass das Leistungsangebot mit den bestehenden Leistungsanbietern im Kanton Luzern umfangreich ist, die Leistungen in guter Qualität erbracht werden und den Bedürfnissen der Luzerner Bevölkerung gut entsprechen. Die Gesundheitsversorgung ist für Luzernerinnen und Luzerner grundsätzlich adäquat sichergestellt.

– Patientenströme der Luzerner Bevölkerung

Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen beträgt knapp 20 Prozent und ist damit relativ hoch. Spezifische Leistungen werden im Kanton Luzern aktuell nicht angeboten (z. B. stationäre Psychotherapie oder Therapie für Essstörungen bei Frauen). Für diese Leistungsgruppen sind in der Spitalliste ausdrücklich ausserkantonale Leistungserbringer berücksichtigt. Anzustreben ist ein höherer Eigenversorgungsgrad.

– Prognosen

In der Psychiatrie nehmen die Fälle zwischen 2013 und 2023 bei konstanter Aufenthaltsdauer um knapp 6 Prozent zu, während bei den Pflegetagen mit einem Anstieg von 7,4 Prozent zu rechnen ist.

Die Auslastung der Luzerner Kliniken ist bereits sehr hoch. Die Bettenbelegungsquote in der Akut-, Rehabilitations- und Alters-Psychiatrie beträgt zwischen 94 und 102 Prozent. Die stationäre Kapazitätsgrenze ist also erreicht. Die Prüfung einer Angebotserweiterung, wie sie die Lups unter anderem für die stationäre Psychotherapie zurzeit durchführt, ist deshalb punktuell sinnvoll.

Aus Sicht vieler Patientinnen und Patienten ist es zudem sinnvoll, die ambulante Psychiatrie weiter zu fördern und auszubauen. In der Psychiatrie gilt der Grundsatz «ambulant vor stationär» noch mehr als in der Akutsomatik, weil dies im Sinn der Patientinnen und Patienten ist. Allerdings sind diese Angebote derzeit in der Tarifstruktur noch nicht genügend abgebildet.

Die Zusammenarbeit über die Kantons Grenzen hinaus und mit anderen Kliniken ist nicht nur in wirtschaftlicher Hinsicht sinnvoll, sondern auch vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Personalmangels.

11 Gesundheitspersonal in Spitälern

Von den rund 6000 Beschäftigten des Gesundheitspersonals in allen Luzerner Spitälern im Jahr 2012 stellt das Pflegepersonal mit rund zwei Dritteln davon die deutlich grösste Berufsgruppe dar. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte belief sich auf rund 16 Prozent (946 Beschäftigte mit 763 Vollzeitstellen).

Die Geschlechteranteile variieren je nach Berufsgruppe und Spitaltyp. Während beim Pflegepersonal über alle Spitäler hinweg die Frauenquote bei über 90 Prozent lag, betrug diese bei der Ärzteschaft rund 45 Prozent.

Über 12 Prozent der Ärzteschaft war 55-jährig oder älter.

Der Mehrbedarf an Gesundheitspersonal aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und des Anstiegs von chronischen Erkrankungen ist gross. Alle innerkantonalen Leistungserbringer sind gemäss Spitalgesetz (§ 4a Abs. 2) verpflichtet, genügend pflegerisches Gesundheitspersonal auszubilden. Dadurch tragen sie dazu bei, dass der künftige Mehrbedarf an Gesundheitspersonal zu einem grossen Teil gedeckt wird.

Eine der grössten Herausforderungen für die stationäre und auch ambulante Gesundheitsversorgung stellt der sich abzeichnende Fachkräftemangel im medizinischen und pflegerischen Bereich dar. Ausführliche Informationen zum Fachkräftemangel finden sich im Kapitel 12.3 «Personalmangel in Medizin und Pflege». Dort werden die Gründe für den Ärztemangel und den Mangel an Pflegepersonal aufgeführt und im Anschluss daran jeweils Massnahmen zur Problemlösung aufgezeigt.

Die Luzerner Spitäler und Kliniken nehmen als Arbeitgeber in der Region und im Kanton Luzern wirtschaftlich und gesellschaftlich eine tragende Rolle ein. Dabei leisten die Luzerner Spitäler auch einen direkten und sehr hohen Beitrag an die Wertschöpfung im Kanton.

Wie gross der Personalbestand ist, wie die soziodemografische Struktur des Personals aussieht und welches die Prognosen für den künftigen und zusätzlichen Personalbedarf sind, wird im Folgenden näher untersucht.⁵⁶

11.1 Gesamtpersonalbestand in Luzerner Spitälern

Gemäss der Tabelle 47 umfasste Ende 2012 das Gesundheitspersonal in allen Luzerner Spitälern 5934 Beschäftigte oder 4649 Vollzeitstellen (VZÄ); davon arbeiteten 91 Prozent beziehungsweise 5367 Personen in Akutspitälern. Die psychiatrischen Kliniken zählten 462 Personen (347 VZÄ), die Rehabilitationskliniken 91 Personen (71 VZÄ), und im Geburtshaus teilten sich 14 Personen 4 Vollzeitstellen.

Das *Pflegepersonal* stellt in allen Spitaltypen die mit Abstand grösste Berufsgruppe dar. Insgesamt macht diese fast zwei Drittel des gesamten Gesundheitspersonals in den Luzerner Spitälern aus.⁵⁷ Mit 74 Prozent ist der entsprechende Anteil in den psychiatrischen Kliniken am höchsten, sofern man vom Geburtshaus absieht, in welchem hauptsächlich Hebammen tätig sind. Das Pflegepersonal besteht zu über zwei Dritteln (68%) aus Pflegefachpersonen mit einem Tertiärabschluss. Während dieser Anteil in den psychiatrischen Kliniken mit 75 Prozent am höchsten ist, beträgt er in den Rehabilitationskliniken knapp 65 Prozent.

Der Anteil *Ärztinnen und Ärzte* beläuft sich auf 16,4 Prozent, wobei dieser Anteil je nach Spitaltyp zwischen 10,4 Prozent (psychiatrische Kliniken) und 17 Prozent (Akutspitäler) variiert.

Das *medizinisch-technische* Personal macht 12,4 Prozent des gesamten Gesundheitspersonals aus, wobei es hauptsächlich in Akutspitälern tätig ist. Das *medizinisch-therapeutische* Personal stellt 6,5 Prozent des Gesundheitspersonals – in Akutspitälern liegt der Anteil bei knapp 6 Prozent, in psychiatrischen Kliniken bei 15 Prozent (v. a. Psychologinnen und Psychologen) und in Rehabilitationskliniken bei 21 Prozent (v. a. Physiotherapeutinnen und -therapeuten).

Tabelle 47: Gesundheitspersonal in Spitälern, Anzahl Beschäftigte und VZÄ, Kanton Luzern, 2012

Funktion(sgruppen)	Total		Akutspitäler		psychiatrische Kliniken		Rehabilitationskliniken		Geburtshaus	
	Beschäftigte	VZÄ	Beschäftigte	VZÄ	Beschäftigte	VZÄ	Beschäftigte	VZÄ	Beschäftigte	VZ
rztin/Arzt	946	763	885	718	51	36	10	9	.	.
Pflegepersonal	3'897	3'010	3'493	2'704	335	258	56	44	13	4
Tertiärstufe	2'646	2'060	2'349	1'833	248	194	36	29	13	4
Sekundarstufe II	1'144	865	1'041	788	85	63	18	14	.	.
sonstiges Pflegepersonal	107	86	103	83	2	1	2	2	.	.
medizinisch-technisches Personal	675	574	668	571	2	1	5	2	.	.
Techn. Operationsfachperson	162	137	162	137	.	.	.	.	.	.
med.-techn. Radiologiefachperson	133	123	133	123	.	.	.	.	.	.
Biomed. Analytiker/in	194	152	187	149	2	1	5	2	.	.
Med.-techn. Personal Sek II	110	93	110	93	.	.	.	.	.	.
Rettungssanitäter/in	76	70	76	70	.	.	.	.	.	.
mediz.-therapeutisches Personal	416	301	321	234	74	52	20	15	1	0
Physiotherapeut/in	205	156	189	144	1	1	15	11	.	.
Ergotherapeut/in	63	51	52	43	10	7	1	1	.	.
Ernährungsberater/in	24	16	23	15	.	.	1	1	.	.
Logopädie	11	8	11	8	.	.	.	.	.	.
Aktivierungstherapeut/in	22	13	7	4	15	10	.	.	.	.
Psychologin/Psychologe	67	46	16	9	48	35	3	2	.	.
med.-therapeut. Personal Sek II	9	7	9	7	.	.	.	.	.	.
andere/r Therapeut/in	15	5	14	5	.	.	.	.	1	0
Total	5'934	4'649	5'367	4'227	462	347	91	71	14	4

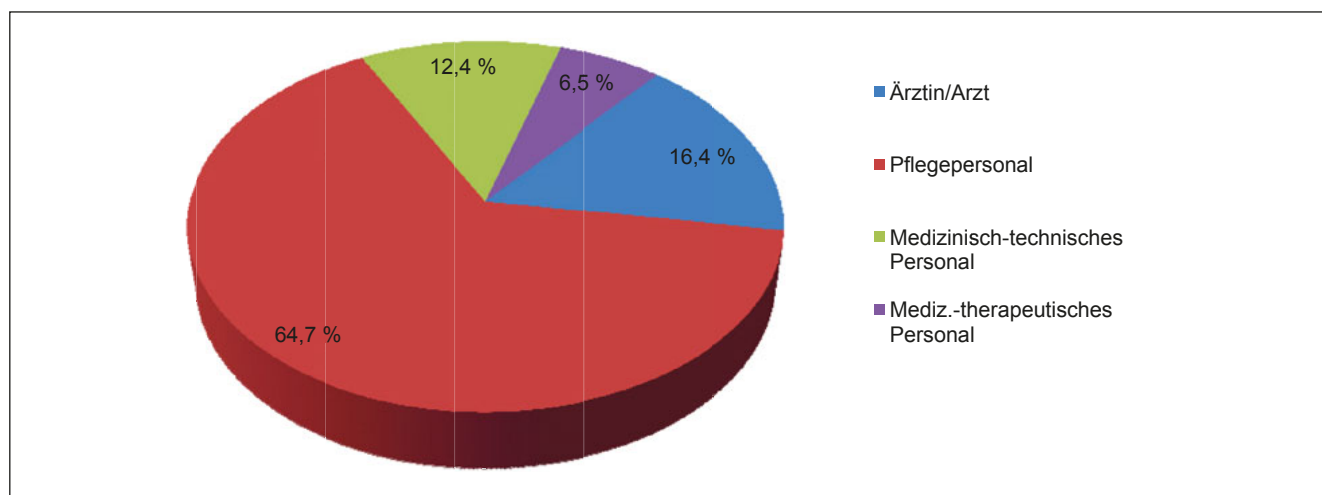
Quelle: Datenauswertung Obsan, BFS Krankenhausstatistik

Die folgende Grafik zeigt zusammenfassend die Anteile der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen in Luzerner Spitälern aufgeteilt nach Funktionsgruppen für das Jahr 2012.

⁵⁶ Allgemeine Ausführungen zur verwendeten Datenbank (Krankenhausstatistik) und zur Vorgehensweise finden sich im Anhang 9.

⁵⁷ Die Anteilswerte basieren, wenn nicht anders erwähnt, auf Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

Abbildung 25: Beschäftigte (VZÄ) von Gesundheitsberufen in den Spitälern des Kantons Luzern, Anteile nach Funktionsgruppen, 2012



Datenquelle: Auswertung Obsan/BFS

11.2 Geschlechteranteile des Gesundheitspersonals

Die Geschlechteranteile fallen je nach Berufsgruppe und Spitaltyp sehr unterschiedlich aus.

Bei der Ärzteschaft beläuft sich der Frauenanteil über alle Spitäler hinweg auf 45,6 Prozent.⁵⁸ In den Akutspitälern liegt dieser Anteil bei 44,7 Prozent, während er bei den psychiatrischen Kliniken mit 56,4 und bei den Rehabilitationskliniken mit 69,2 Prozent deutlich höher ist.

Beim Pflegepersonal sind 90,6 Prozent Frauen. Die Frauenquote liegt bei den Pflegenden in psychiatrischen Kliniken mit 77,5 Prozent tiefer als in den Rehabilitationskliniken (87,5%) und in den Akutspitälern (91,8%). Im Geburtshaus sind ausschliesslich Frauen tätig.

Beim medizinisch-technischen Personal sind durchschnittlich 80,9 Prozent des Gesundheitspersonals weiblich, beim medizinisch-therapeutischen Personal sind es 87,3 Prozent. Je nach Spitaltyp und Funktion muss jedoch die geringe Anzahl beachtet werden.⁵⁹

Tabelle 48: Gesundheitspersonal in Spitälern, Frauenanteil (in %), Kanton Luzern, 2012

Funktion(sgruppen)	Basis: Anzahl Beschäftigte					Basis: VZÄ				
	Total	Akutspitäler	psych. Kliniken	Reha-kliniken	Geburts-haus	Total	Akutspitäler	psych. Kliniken	Reha-kliniken	Geburts-haus
Ärztin/Arzt	44,3	43,4	52,9	80,0		45,6	44,7	56,4	69,2	
Pflegepersonal	90,5	91,9	75,8	89,3	100,0	90,6	91,8	77,5	87,5	100,0
Tertiärstufe	89,8	91,5	73,4	86,1	100,0	90,0	91,5	74,7	84,2	100,0
Sekundarstufe II	92,6	93,3	83,5	94,4	.	92,1	92,6	85,7	91,7	.
Sonstiges Pflegepersonal	86,9	87,4	50,0	100,0	.	89,0	89,3	50,0	100,0	.
mediz.-technisches Personal	81,5	81,3	100,0	100,0	.	80,9	80,7	100,0	100,0	.
Techn. Operationsfachperson	90,1	90,1	.	.	.	87,9	87,9	.	.	.
Med.-techn. Radiologiefachperson	76,7	76,7	.	.	.	75,0	75,0	.	.	.
Biomed. Analytiker/in	91,2	90,9	100,0	100,0	.	90,9	90,6	100,0	100,0	.
med.-techn. Personal Sek II	85,5	85,5	.	.	.	86,6	86,6	.	.	.
Rettungssanitäter/in	40,8	40,8	.	.	.	40,0	40,0	.	.	.
mediz.-therapeutisches Personal	86,1	87,9	79,7	80,0	100,0	87,3	89,2	82,0	74,1	100,0
Physiotherapeut/in	86,8	87,8	.	80,0	.	87,6	89,4	.	68,4	.
Ergotherapeut/in	90,5	88,5	100,0	100,0	.	92,6	90,8	100,0	100,0	.
Ernährungsberater/in	100,0	100,0	.	100,0	.	97,2	97,1	.	100,0	.
Logopädie	90,9	90,9	.	.	.	92,9	92,9	.	.	.
Aktivierungstherapeut/in	72,7	71,4	73,3	.	.	72,0	71,4	72,2	.	.
Psychologin/Psychologe	76,1	68,8	79,2	66,7	.	79,5	72,2	82,1	75,0	.
med.-therapeut. Personal Sek II	88,9	88,9	.	.	.	92,0	92,0	.	.	.
andere/r Therapeut/in	93,3	92,9	.	.	100,0	83,3	82,4	.	.	100,0

Quelle: Datenauswertung Obsan, BFS Krankenhausstatistik

⁵⁸ Basis der Anteilwerte: Vollzeitäquivalente (VZÄ).

⁵⁹ Für die Betrachtung nach Funktion, Ausbildungsniveau und Spitaltyp ist zu beachten, dass teilweise die Anzahl an Beschäftigten in den Rehabilitationskliniken und auch in den psychiatrischen Kliniken relativ gering ist (v. a. beim medizinisch-technischen und beim -therapeutischen Personal).

11.3 Anteil der 55-Jährigen und Älteren

Über alle Spitäler hinweg sind 12,3 Prozent der Ärzteschaft und 8 bis 9 Prozent des restlichen Gesundheitspersonals 55-jährig oder älter.

Tabelle 49: Gesundheitspersonal in Spitälern, Anteil der 55-Jährigen und Älteren (in %), Kanton Luzern, 2012

Funktion(sgruppen)	Basis: Anzahl Beschäftigte					Basis: VZÄ				
	Total	Akuts- pitäler	psych. Kliniken	Reha- kliniken	Geburts- haus	Total	Akuts- pitäler	psych. Kliniken	Reha- kliniken	Geburts- haus
Ärztin/Arzt	12,3	12,7	3,9	20,0	.	11,1	11,3	3,6	23,1	.
Pflegepersonal	8,3	7,3	16,7	16,1	15,4	7,6	6,7	15,9	17,2	14,3
medizinisch-technisches Personal	9,3	9,0	0,0	60,0	.	9,0	8,6	0,0	60,0	.
medizinisch-therapeutisches Personal	8,9	7,8	12,2	15,0	0,0	7,0	6,1	10,1	11,1	0,0

Quelle: Datenauswertung Obsan, BFS Krankenhausstatistik

11.4 Pensionierungen bis 2025

Von den insgesamt 5934 beschäftigten Personen in den Luzerner Spitälern und Kliniken werden 1032 in den nächsten zehn Jahren das Pensionsalter erreichen – das sind 17,4 Prozent des Gesundheitspersonals.⁶⁰ Das heisst, dass wegen Pensionierungen zumindest jede sechste Arbeitsstelle in Spitälern und Kliniken in den folgenden zehn Jahren neu besetzt werden muss.

Tabelle 50: Gesundheitspersonal in Spitälern, Anteil der Pensionierungen bis 2025, nach Funktionsgruppen, Kanton Luzern

Funktionsgruppen	Total		
	Anzahl Beschäftigte 2012	Pensionierungen bis 2025	%Anteil von Pensionierungen
Ärztinnen/Ärzte	946	196	21
Pflegepersonal	3897	635	16
Tertiärstufe	2646	461	17
Sekundärstufe II	1144	157	14
sonstiges Pflegepersonal	107	17	16
medizinisch-technisches Personal	675	132	20
medizinisch-therapeutisches Personal	416	69	17
Total	5934	1032	17

Quellen: Datenauswertung Obsan, BFS Krankenhausstatistik

Aber nicht nur die Personen, die bis 2025 pensioniert werden, sind zu ersetzen; auch der Mehrbedarf an pflegerischem und ärztlichem Personal wird für den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen und für alle beteiligten Akteure eine grosse Herausforderung darstellen.

Seit dem Jahr 2005 wird ein kontinuierlicher Geburtenanstieg im Kanton Luzern und in der Schweiz beobachtet. Diese Entwicklungstendenz könnte den künftigen Mehrbedarf an Gesundheitspersonal vermindern helfen. Trotzdem hat das Obsan in einer Studie über den Einfluss der demografischen Alterung auf die Entwicklung des Personalbedarfs bis ins Jahr 2020 festgehalten, dass dieser in Therapie und Pflege in der Schweiz bis im Jahr 2020 je nach Szenario um 25 000 bis 48 000 Personen ansteigen wird.⁶¹

12 Ambulante Gesundheitsversorgung

In Ergänzung zu den medizinisch-stationären Versorgungsleistungen hat die ambulante Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren auf vielen Gebieten an Stellenwert deutlich zugelegt. Zur ambulanten Versorgung gehören die universitären Medizinalberufe (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker) sowie die anderen Berufe im Gesundheitswesen (Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Augenoptikerinnen und Augenoptiker, Hebammen usw.).⁶² Einige Akteure und ihre spezifischen kantonalen Ausprägungen werden hier näher vorgestellt.

Gemäss dem Gesundheitsreport des Kantons Luzern fällt die Inanspruchnahme ambulanter Spitalbehandlungen durch die Luzerner Bevölkerung geringer aus als in der Schweiz insgesamt.⁶³ Der Anteil der Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal in ambulanter Spitalbehandlung⁶⁴ waren, beträgt 2012 für den Kanton Luzern total 13,8 Prozent, für die Schweiz insgesamt 17,4 Prozent.

⁶⁰ Die den Personalprognosen zugrunde liegenden Szenarien und die Annahmen werden im Anhang 10 näher erläutert.

⁶¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan): Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020.

⁶² Vgl. dazu die Verordnung über die anderen bewilligungspflichtigen Berufe im Gesundheitswesen und über die bewilligungspflichtigen Betriebe mit solchen Berufsleuten (SRL Nr. 806).

⁶³ Obsan 2014, Gesundheitsreport des Kantons Luzern, S. 104.

⁶⁴ Alle ambulanten Spitalbehandlungen, inkl. diejenigen in Notfallstationen und Tageskliniken.

12.1 Ärztliche Versorgung

12.1.1 Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte

Im Jahr 2012 waren insgesamt fast 44 Prozent der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern 55 Jahre oder älter. In der Grundversorgung sind es die Wahlkreise Hochdorf, Willisau und Entlebuch, in denen solche ältere Ärztinnen und Ärzte praktizieren (mit Anteilen von 51 bis 72%). Hohe Anteile älterer Ärztinnen und Ärzte finden sich auch in den Fachgebieten der Pädiatrie und der Psychiatrie.

Eine von der Dienststelle Gesundheit und Sport durchgeführte Analyse im Jahr 2014 zeigt, dass in den Wahlkreisen Willisau, Hochdorf und Luzern-Land in der Grundversorgung eine sehr tiefe Ärztedichte besteht. Die höchste Ärztedichte weist mit Abstand die Stadt Luzern auf, sowohl in der Grund- als auch in der Spezialversorgung. Laut der FMH-Ärztestatistik 2012 fällt die Ärztedichte im Kanton Luzern im schweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich aus (insbes. bei der Spezialmedizin).

Knapp ein Drittel der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton waren Frauen. Dieser Anteil erhöhte sich in den letzten Jahren stets, was dazu führt, dass die Medizin in vielen Fachgebieten «feminisiert» wird. Dies führt zu vermehrter Teilzeitarbeit, was wiederum zu einem gesteigerten Bedarf an Ärztinnen und Ärzten führen wird.

Verschiedene Datenbanken⁶⁵ erfassen Informationen zur Ärzteschaft. Trotzdem lässt sich heute die genaue Zahl der in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht genau ermitteln. Vor allem für die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ist die Datenlage unzureichend, da Informationen zum Beschäftigungsgrad (Vollzeitäquivalente) teilweise noch fehlen.

Die Ärztestatistik der FMH erfasst die in der Schweiz berufstätigen Ärztinnen und Ärzte. Diese Statistik bildet etwa 95 Prozent der Ärzteschaft ab, wobei Spitalärztinnen und -ärzte weniger vollständig erfasst werden als frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte. Die Erhebung enthält Angaben zu soziodemografischen Merkmalen sowie zur Aus- und Weiterbildung. Nur auf freiwilliger Basis werden in einem selbstdeklarierten Teil auch Daten zur inhaltlichen Tätigkeit (Arbeitsort, Arbeitspensum usw.) erhoben und erfasst. Aus diesem Grund können mit der Ärztestatistik zwar die Anzahl Ärztinnen und Ärzte ausgewiesen werden, nicht aber die Vollzeitäquivalente.

In den Analysen wurden sämtliche Ärztinnen und Ärzte, welche hauptsächlich ambulant – das heisst in einer Praxis – tätig sind, eingeschlossen. Die Fachgebiete wurden in sechs Gruppen zusammengefasst. Die Zuordnung ist der Übersicht im Anhang 7 zu entnehmen. Für bestimmte Analysen wurden die Fachgebiete in zwei Gruppen (Grundversorgung und Spezialmedizin) zusammengefasst. Die Pädiatrie wird in der Regel der Grundversorgung zugeordnet.

12.1.1.1 Verteilung nach Wahlkreis und Altersgruppe

Die folgende Tabelle zeigt die Altersverteilung nach Luzerner Wahlkreisen/Regionen (Grundversorgung und Spezialmedizin). Bei der Interpretation der Zahlen muss aber berücksichtigt werden, dass sich diese je nach Region und Fachrichtung teilweise auf sehr kleine Ärztezahlen beziehen.

In der Grundversorgung fällt auf, dass in der *Stadt Luzern* eine unterdurchschnittliche Anzahl von Ärztinnen und Ärzten älter als 55 ist (37,7%). Jede vierte Arztperson in der Stadt ist jünger als 44 Jahre; im kantonalen Durchschnitt ist es nur jede fünfte. Ähnlich sieht die Altersstruktur im Wahlkreis *Luzern-Land* aus, wobei aber die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte, die zwischen 55 und 64 Jahre alt sind, im Vergleich zur Stadt einen markant höheren Anteil aufweist. Die *weiteren Wahlkreise* (Hochdorf, Sursee, Willisau, Entlebuch) verzeichnen allesamt deutlich unterdurchschnittliche Anteile bei den unter 44-jährigen Ärztinnen und Ärzten; bei den über 55-Jährigen hingegen bewegen sich die Anteile zum Teil deutlich über dem kantonalen Durchschnitt (ausser im Wahlkreis Sursee).

Tabelle 51: Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Altersverteilung in Prozent nach Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) und Spezialmedizin, Luzerner Wahlkreise, 2012

Wahlkreis	Total				Grundversorgung (inkl. Pädiatrie)				Spezialmedizin			
	<44	45–54	55–64	65+	<44	45–54	55–64	65+	<44	45–54	55–64	65+
Luzern-Stadt	22,8	37,2	32,9	7,1	25,4	36,9	30,3	7,4	21,2	37,4	34,5	6,9
Luzern-Land	29,3	30,3	35,4	5,1	25,0	26,5	41,2	7,4	38,7	38,7	22,6	0,0
Hochdorf	16,1	41,1	39,3	3,6	15,4	33,3	46,2	5,1	17,6	58,8	23,5	0,0
Sursee	15,1	39,7	35,6	9,6	10,9	45,7	34,8	8,7	22,2	29,6	37,0	11,1
Willisau	11,1	19,4	69,4	0,0	10,3	17,2	72,4	0,0	14,3	28,6	57,1	0,0
Entlebuch	10,5	15,8	63,2	10,5	12,5	18,8	56,3	12,5	0,0	0,0	100,0	0,0
Total	21,2	35,0	37,3	6,4	20,0	32,8	40,3	6,9	22,6	37,5	34,0	5,9

Quelle: FMH, Ärztestatistik

In der Fach-/Spezialmedizin ist die Interpretation der Daten aus bereits besagten Gründen schwierig. Festzuhalten ist, dass im Wahlkreis Luzern-Land der Anteil der unter 44-jährigen Ärztinnen und Ärzte vergleichsweise hoch ist (38,7%). Für Gründungen und Übernahmen von Spezialarztpraxen bei jüngeren Fachärztinnen und -ärzten sind vor allem diese Gemeinden attraktiv. Auffällig ist der Unterschied zur Stadt Luzern, wo nur jede fünfte Facharztperson jünger als 44 Jahre ist. Dafür sind 41,4 Prozent aller Spezialärztinnen und -ärzte älter als 55 (Luzern-Land: 22,6%).

Ein möglicher Ärztemangel könnte sich im Kanton Luzern gemäss den vorliegenden Zahlen zur Altersverteilung in zehn Jahren durchaus manifestieren. Hohe Anteile älterer Ärztinnen und Ärzte finden sich besonders in der Grundversorgung und in den Fachgebieten der Pädiatrie und Psychiatrie. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass das Durchschnittsalter der an den Spitälern beschäftigten Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten tiefer ist. Dies ist auch damit zu erklären, dass fast die Hälfte der an Spitälern beschäftigten Arztpersonen Assistenzärztinnen und -ärzte sind.

⁶⁵ BFS, Krankenhausstatistik, Ärztestatistik FMH, Medizinalberuferegister BAG, Sasis AG.

Eine durch die Dienststelle Gesundheit und Sport kürzlich erstellte Analyse zu den im Kanton Luzern *praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung für die Jahre 2013/2014* hat zu folgendem Befund (vgl. Tab. 52) geführt: Von 2013 auf 2014 ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer Praxistätigkeit im Kanton um rund 5 Prozent zurückgegangen. In der Stadt Luzern beträgt die Abnahme 13 Prozent. Angesichts der hohen Ärztedichte von Grundversorgerinnen und Grundversorgern in der Stadt Luzern sollte dies jedoch keine negativen Auswirkungen haben. Erfreulicherweise ist die Zahl der Grundversorgerinnen und Grundversorger im Wahlkreis Willisau leicht angestiegen, was im Jahr 2014 zu einer etwas höheren Ärztedichte geführt hat.

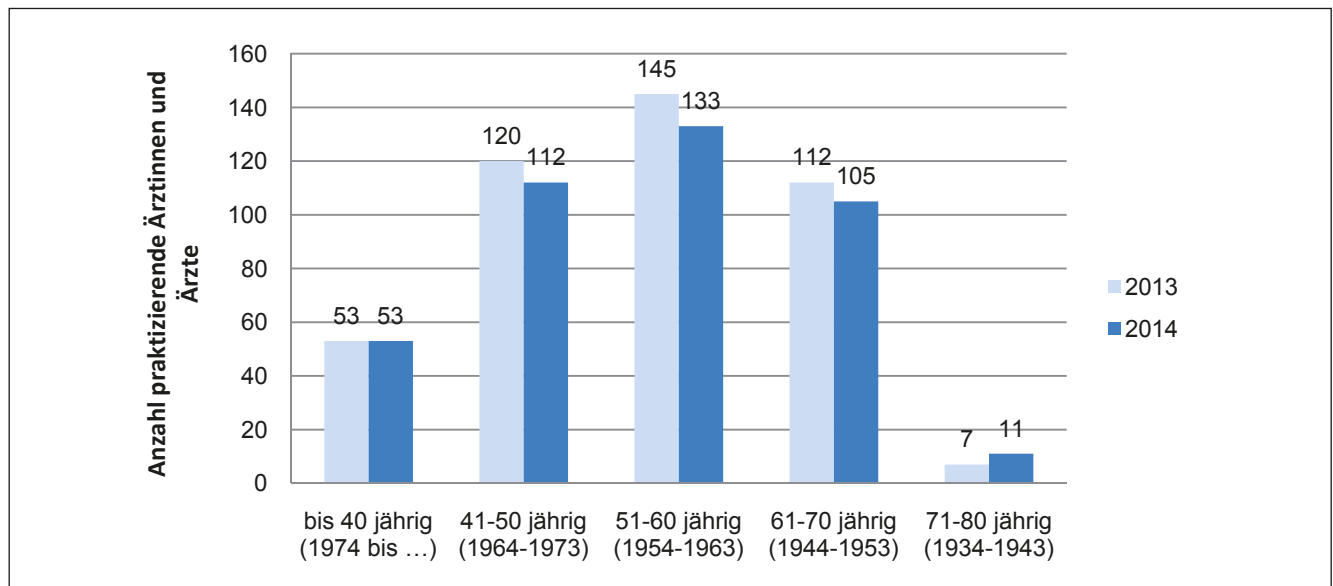
Tabelle 52: Praktizierende Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie), Anzahl, Durchschnittsalter und Ärztedichte nach Luzerner Wahlkreisen, 2013 und 2014

Wahlkreise	Anzahl Ärztinnen und Ärzte (Grundversorgerinnen/Grundversorger)		Durchschnittsalter		Ärztedichte (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner) 2014
	2013	2014	2013	2014	
Luzern-Stadt	207	180	52,3	52,3	2,26
Luzern-Land	70	71	52,5	52,5	0,73
Hochdorf	52	50	52,3	53,0	0,74
Sursee	54	54	53,6	54,7	0,79
Willisau	32	36	57,6	56,7	0,71
Entlebuch	22	23	58,1	56,8	1,00
<i>Total</i>	<i>437</i>	<i>414</i>	<i>53,2</i>	<i>53,4</i>	<i>1,07</i>

Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

Die folgende Abbildung über die aktuelle Anzahl der im Kanton Luzern praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (nur Grundversorgung) verdeutlicht, dass im Jahr 2014 rund ein Viertel der praktizierenden Arztpersonen zwischen 61 und 70 Jahre alt ist.

Abbildung 26: Praktizierende Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) im Kanton Luzern, Anzahl, nach 10-Jahres-Klassen, 2013 und 2014



Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

12.1.1.2 Verteilung nach Wahlkreis und Fachbereich

Die folgende Tabelle zeigt die Aufteilung der Ärztinnen und Ärzte nach Wahlkreis und nach bestimmten Fachbereichen für die Jahre 2009 und 2012. Auffallend ist die generell kleine Zahl an Spezialärztinnen und -ärzten in den ländlichen Regionen im Gegensatz zur Stadt Luzern.

Tabelle 53: Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte nach Fachbereich, Kanton Luzern, 2009 und 2012

Fachbereich	Jahr	Luzern-Stadt	Luzern-Land	Hochdorf	Sursee	Willisau	Entlebuch	Total
Total	2009	293	89	51	71	37	18	559
	2012	325	99	56	73	36	19	608
Grundversorgung	2009	98	56	30	44	27	14	269
	2012	110	60	34	44	27	16	291
Pädiatrie	2009	11	6	5	2	2	0	26
	2012	12	8	5	2	2	0	29
Gynäkologie	2009	19	3	4	4	2	1	33
	2012	22	2	3	3	2	1	33
Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit	2009	50	3	2	1	0	0	56
	2012	56	4	5	2	0	0	67
Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit	2009	50	9	3	6	3	1	72
	2012	63	10	3	11	3	1	91
Psychiatrie	2009	39	6	1	6	0	1	53
	2012	49	7	4	7	1	1	69
andere Fachmedizin	2009	26	6	6	8	3	1	50
	2012	13	8	2	4	1	0	28

Quelle: FMH, Ärztestatistik

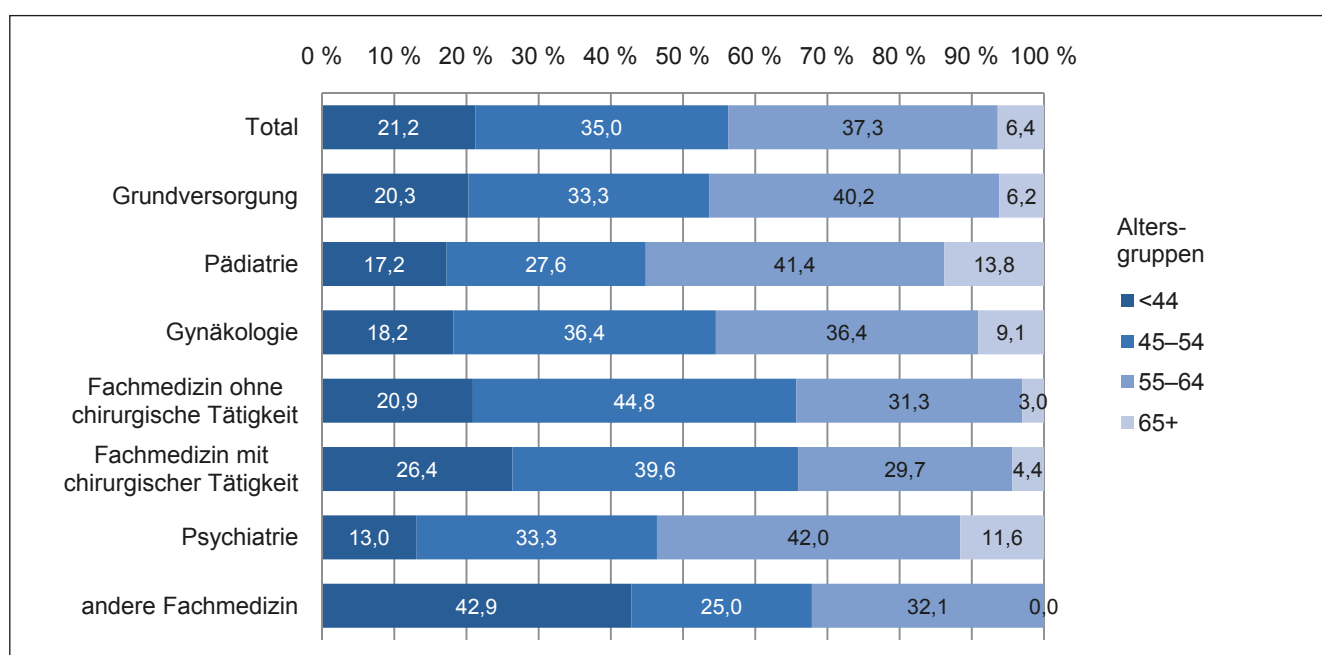
Im Jahr 2012 waren im Kanton Luzern gemäss der Ärztestatistik FMH insgesamt 608 frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte tätig. Davon werden 320 der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) und die restlichen 288 der Spezialmedizin zugeordnet. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis ist zwischen 2009 und 2012 um 8,8 Prozent gestiegen, wobei der Anstieg in der Grundversorgung und in der Spezialmedizin etwa gleich stark war. Betrachtet man die Verteilung im Kanton, so ist ersichtlich, dass zwischen 2009 und 2012 vor allem in den Wahlkreisen Sursee, Willisau und Entlebuch eine Stagnation der Anzahl der frei praktizierenden Ärztinnen und der Ärzte zu verzeichnen ist.

12.1.1.3 Prozentuale Verteilung nach Fachbereich und Altersgruppe

Im Jahr 2012 waren insgesamt 43,7 Prozent der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern 55 Jahre oder älter; 6,4 Prozent davon hatten das Pensionsalter von 65 Jahren bereits erreicht. Nur jede fünfte Arztperson war jünger als 44 Jahre.

Je nach Fachgebiet können die Altersstruktur und -verteilung recht unterschiedlich aussehen. Einerseits waren sowohl in der Pädiatrie als auch in der Psychiatrie im Jahr 2012 mehr als die Hälfte dieser Ärztinnen und Ärzte älter als 55-jährig (55,2 und 53,6%). Andererseits sind jüngere Ärztinnen und Ärzte überdurchschnittlich in der Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit anzutreffen: Mehr als ein Viertel (26,4%) der Ärzteschaft dieser Fachrichtung war jünger als 44 Jahre.

Abbildung 27: Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Altersverteilung in Prozent nach ausgewähltem Fachbereich, Kanton Luzern, 2012



Quelle: FMH, Ärztestatistik, Grafik: Obsan

12.1.1.4 Ärztedichte in den Wahlkreisen des Kantons Luzern

Die Tabelle 54 und die Abbildungen 28 und 29 zeigen die Ärztedichte im Kanton Luzern nach Wahlkreisen im Jahr 2012 auf. Die regionalen Unterschiede sind vor allem zwischen urbanen und ländlichen Gebieten gross. Die tiefste Ärztedichte ist im Wahlkreis Willisau anzutreffen, die höchste – und zwar deutlich – in der Stadt Luzern.

In Bezug auf die *Grundversorgung* ist neben dem Wahlkreis Willisau auch im Wahlkreis Hochdorf eine sehr tiefe Ärztedichte zu verzeichnen. Interessanterweise ist die Dichte aber auch im Wahlkreis Luzern-Land mit 0,7 pro 1000 Bewohnerinnen und Bewohner relativ tief und liegt deutlich unter dem Wert im Wahlkreis Luzern-Stadt.

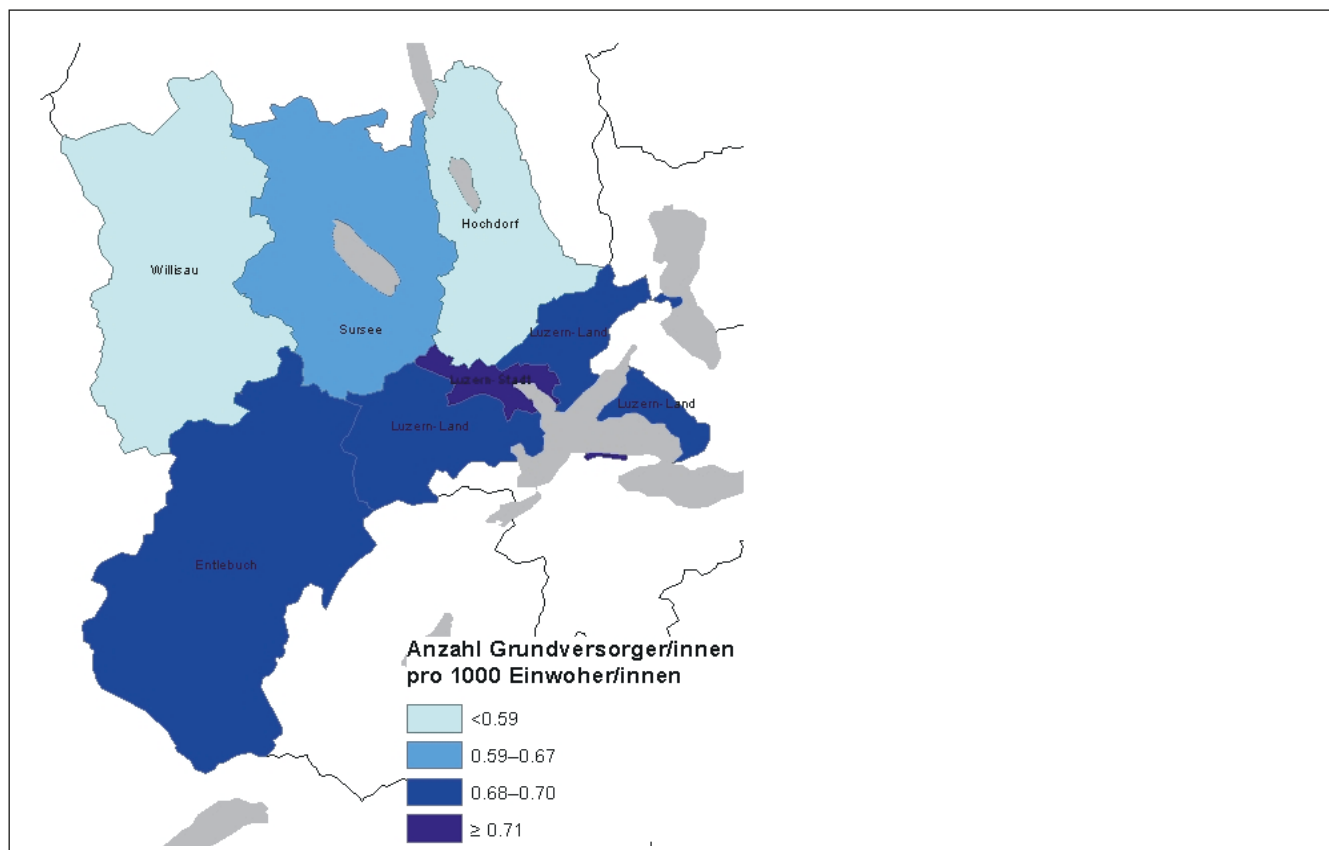
In der *Spezialmedizin* weisen die Wahlkreise Entlebuch und Willisau eine extrem niedrige Ärztedichte auf. Mit Abstand am höchsten ist die Dichte an Spezialärztinnen und -ärzten in der Stadt Luzern mit über 2,5 pro 1000 Bewohnerinnen und Bewohner.

Tabelle 54: Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner) nach Wahlkreisen im Kanton Luzern, 2012

Wahlkreise	Total	Grundversorgung (inkl. Pädiatrie)	Spezialmedizin
Luzern-Stadt	4,09	1,54	2,55
Luzern-Land	1,02	0,70	0,32
Hochdorf	0,83	0,58	0,25
Sursee	1,07	0,67	0,40
Willisau	0,71	0,58	0,14
Entlebuch	0,83	0,70	0,13
<i>Total</i>	<i>1,57</i>	<i>0,83</i>	<i>0,75</i>

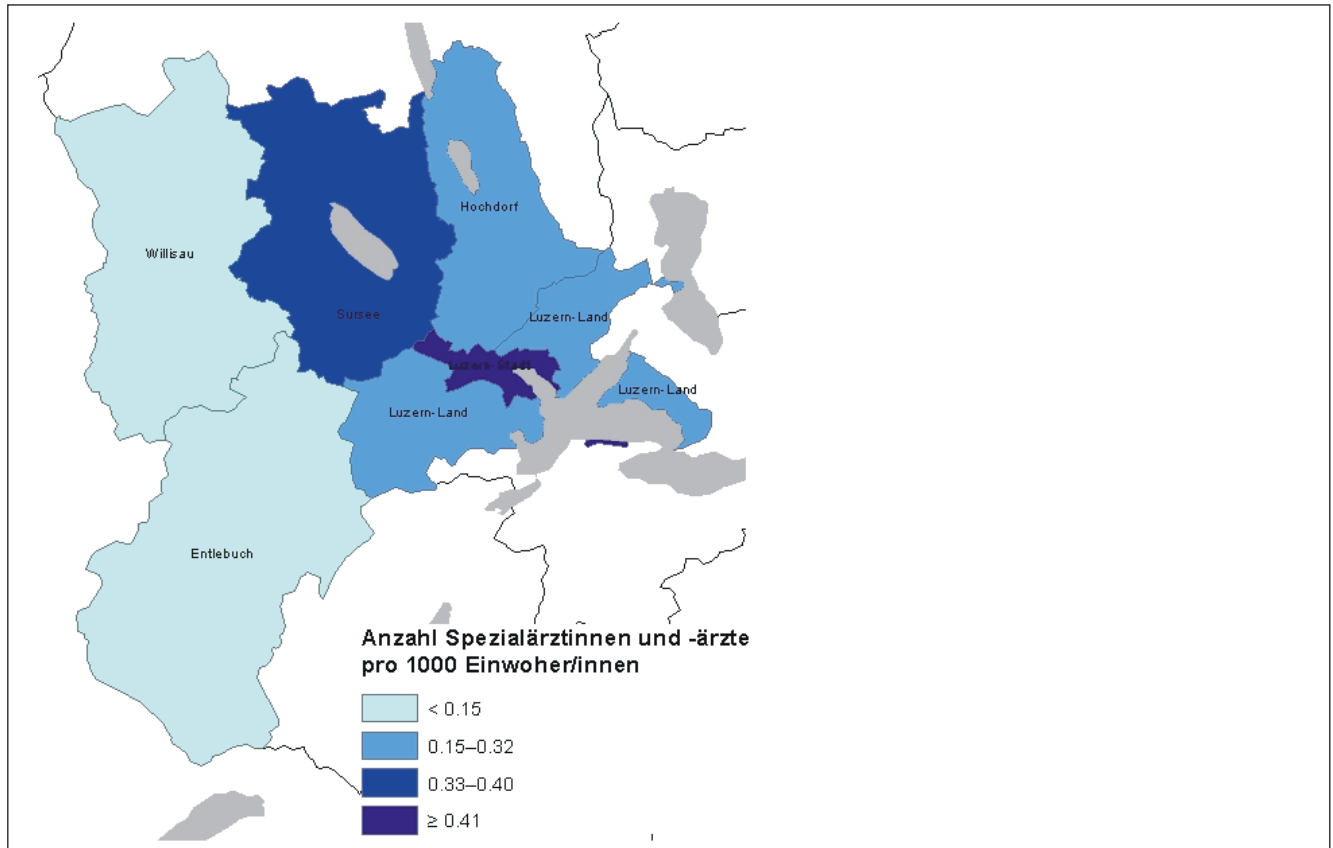
Quelle: FMH, Ärztestatistik

Abbildung 28: Dichte der Grundversorger/innen (inkl. Pädiatrie) nach Wahlkreisen, Kanton Luzern, 2012



Quelle: FMH, Ärztestatistik, Grafik: Obsan

Abbildung 29: Dichte der Spezialärztinnen und -ärzte nach Wahlkreisen, Kanton Luzern, 2012



Quelle: FMH, Ärztestatistik, Grafik: Obsan

12.1.1.5 Ärztedichte der Kantone im Vergleich

Die Tabelle 55 und die Abbildungen 30 und 31 zeigen die jeweilige Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte⁶⁶ nach Kanton im Jahr 2012 gemäss der Ärztestatistik der FMH. Im Kanton Luzern gab es im Jahr 2012 auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner durchschnittlich 1,6 praktizierende Ärztinnen und Ärzte, der schweizerische Durchschnitt beträgt 2,1. Die Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger (inkl. Pädiatrie) sowie der Spezialärztinnen und -ärzte beträgt im Kanton Luzern rund 0,8 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (Gesamtschweiz: 0,9 bzw. 1,2). Generell kann festgehalten werden, dass die Ärztedichte im Kanton Luzern unterdurchschnittlich ist, insbesondere im Bereich der Spezialmedizin.

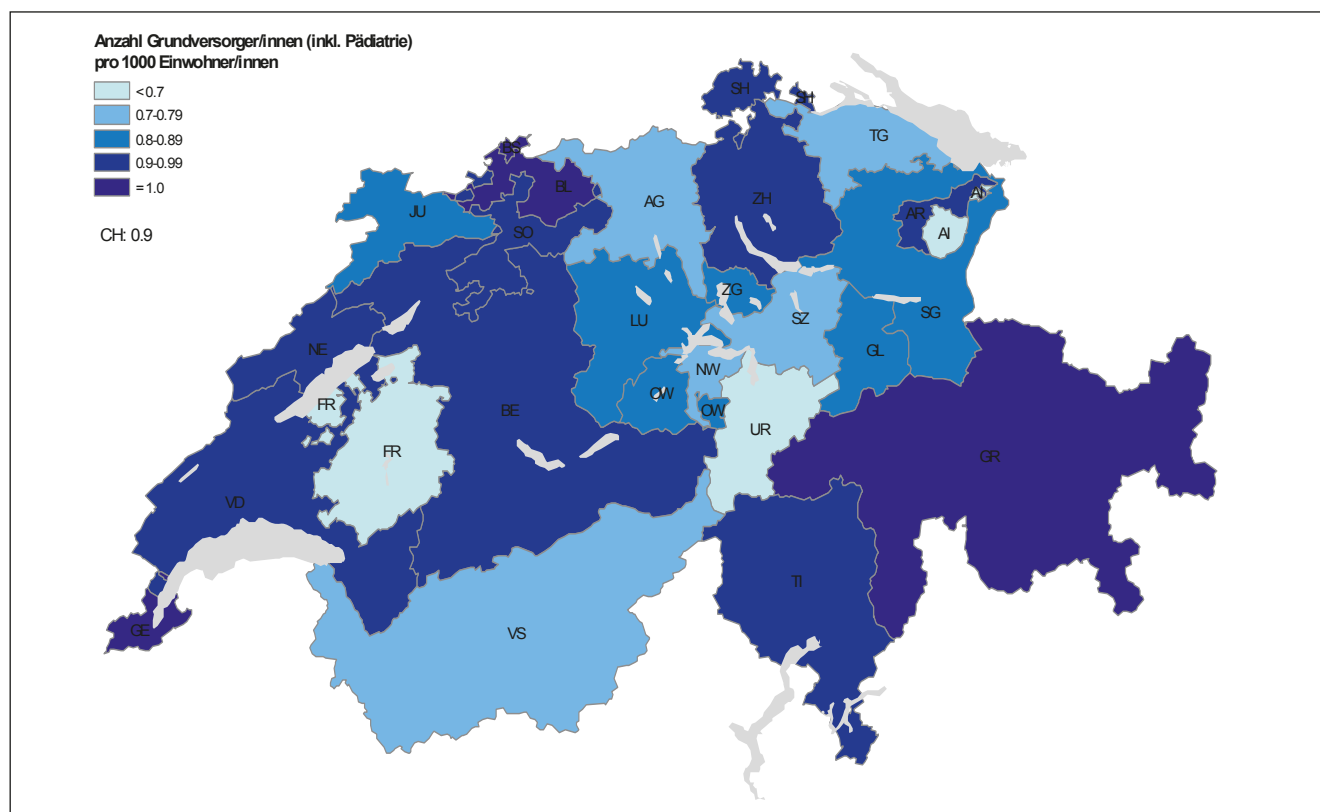
Tabelle 55: Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner) nach ausgewählten Kantonen, 2012

Kanton	Total	Grundversorgung (inkl. Pädiatrie)	Spezialmedizin
LU	1,57	0,83	0,75
ZH	2,47	0,99	1,48
BE	2,10	0,97	1,13
AG	1,55	0,72	0,83
UR	0,92	0,67	0,25
SZ	1,31	0,74	0,57
OW	1,14	0,80	0,33
NW	1,27	0,75	0,53
ZG	1,92	0,88	1,04
CH	2,08	0,93	1,15

Quelle: FMH, Ärztestatistik

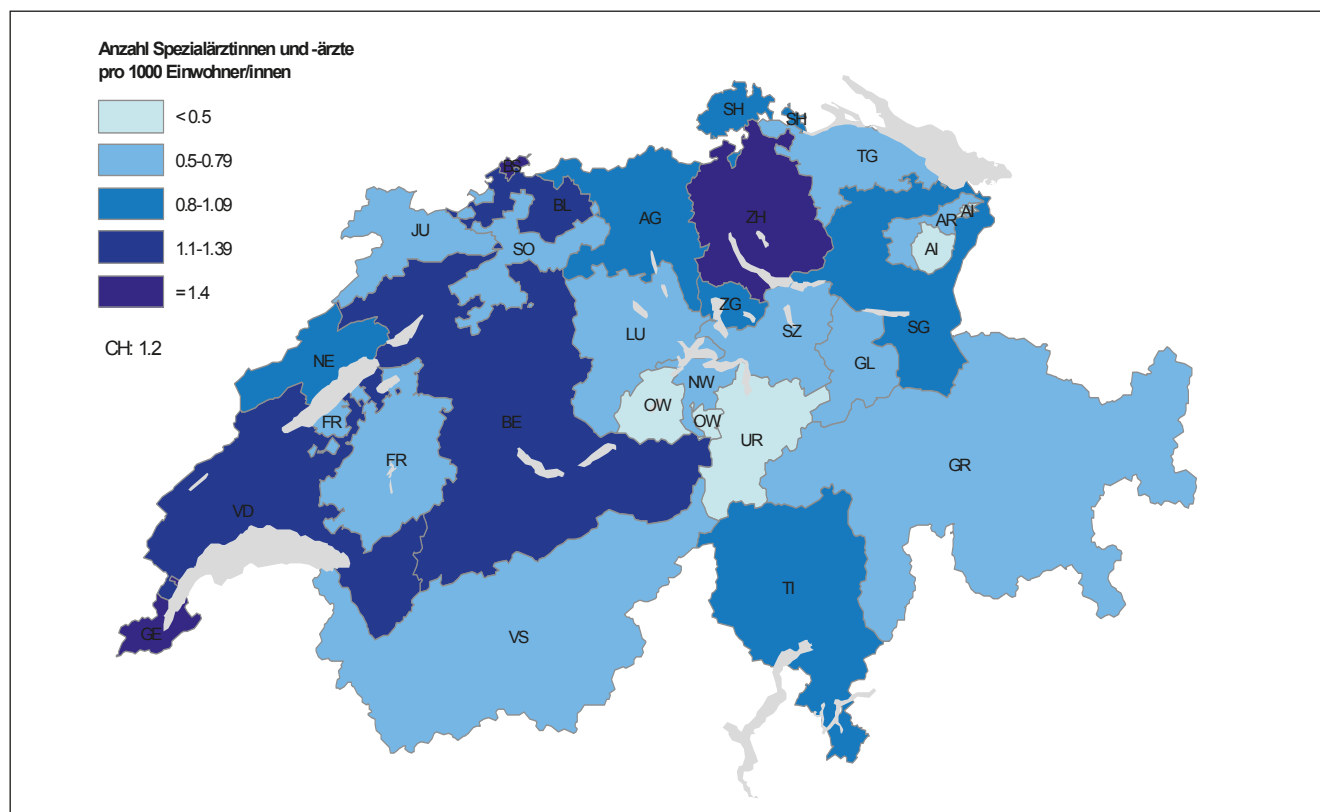
⁶⁶ Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Abbildung 30: Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger (inkl. Pädiatrie), 2012



Quelle: FMH, Ärztestatistik, Grafik: Obsan

Abbildung 31: Dichte der Spezialärztinnen und Spezialärzte, 2012



Quelle: FMH, Ärztestatistik, Grafik: Obsan

12.1.1.6 Frauenanteil in der Ärzteschaft nach Fachbereichen

Fast ein Drittel der 2012 frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern waren Frauen (siehe Tab. 56). Seit 2009 ist der Frauenanteil von 26,8 auf 31,3 Prozent angestiegen. In der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) lag der Frauenanteil 2012 bei genau 30 Prozent, in der Spezialmedizin bei 32,6 Prozent. Bei der Interpretation der Werte nach Wahlkreis muss aber berücksichtigt werden, dass die Prozentwerte (z. B. im Wahlkreis Entlebuch) auf sehr kleinen Ärztezahlen basieren.

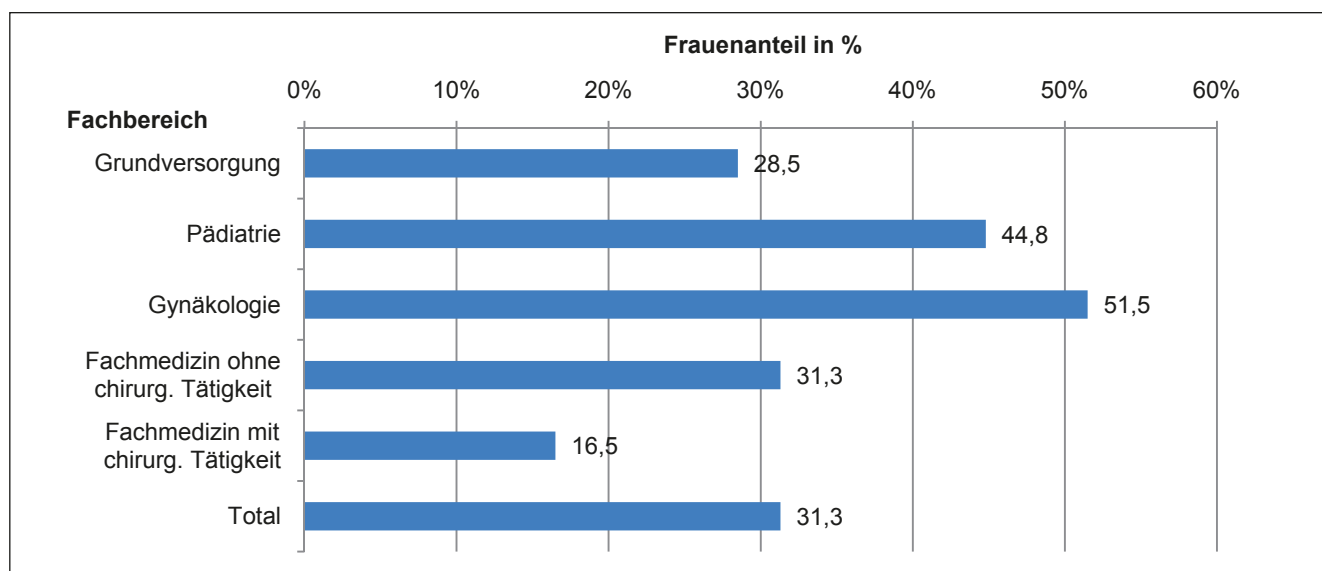
Tabelle 56: Frauenanteil (in %) der frei praktizierenden Ärzteschaft nach Wahlkreisen, Kanton Luzern, 2009 und 2012

Wahlkreise	2009			2012		
	Total	Grundversorgung	Spezialmedizin	Total	Grundversorgung	Spezialmedizin
Luzern-Stadt	31,1	36,7	27,7	33,8	38,5	31,0
Luzern-Land	29,2	25,8	37,0	36,4	35,3	38,7
Hochdorf	19,6	14,3	31,3	30,4	25,6	41,2
Sursee	23,9	19,6	32,0	26,0	21,7	33,3
Willisau	8,1	6,9	12,5	11,1	6,9	28,6
Entlebuch	16,7	7,1	50,0	21,1	18,8	33,3
<i>Total</i>	<i>26,8</i>	<i>24,7</i>	<i>29,2</i>	<i>31,3</i>	<i>30,0</i>	<i>32,6</i>

Grundversorgung: inkl. Pädiatrie; Quelle: FMH, Ärztestatistik

Die Abbildung 32 zeigt den Frauenanteil nach Fachbereichen. Mit 51,5 und 44,8 Prozent ist dieser in der Gynäkologie und der Pädiatrie mit Abstand am höchsten. Am anderen Ende der Skala sind Fachärztinnen mit chirurgischen Tätigkeiten noch relativ selten anzutreffen.

Abbildung 32: Frauenanteil der frei praktizierenden Ärzteschaft nach Fachbereichen, Kanton Luzern, 2012



Quelle: FMH, Ärztestatistik

Die Entwicklung bezüglich des Frauenanteils der Ärzteschaft zeigt deutlich, dass die Medizin in vielen Fachgebieten «feminisiert» wird. Da Ärztinnen häufiger nicht bis zur Pensionierung im Beruf verbleiben und im Durchschnitt einen Tag weniger pro Woche als ihre männlichen Kollegen arbeiten, wird das durchschnittliche Arbeitspensum deswegen abnehmen (Burla, 2013, S. 135). Aber auch bei den männlichen Kollegen besteht die Tendenz, vermehrt Teilzeit zu arbeiten. Will man die gleiche Arbeitsleistung aufrechterhalten, braucht es künftig mehr Ärztinnen und Ärzte.

12.1.2 Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Die Zahl der jährlichen Studieneintritte und -abschlüsse in Humanmedizin von Luzernerinnen und Luzernern schwankt seit 2007 meist zwischen 30 und 40.

In Bezug auf die ärztliche Weiterbildung waren im Jahr 2012 in Luzerner Spitälern 367 Assistenzärztinnen und -ärzte tätig, welche 353 Vollzeitstellen besetzten.

In der Schweiz wurden im Jahr 2012 insgesamt 1715 eidgenössische Facharzttitel verliehen, wovon 755 Facharzttitel (44%) die Grundversorgung betreffen. Seit 2006 entspricht dies einer Erhöhung um 64 Prozent.

12.1.2.1 Studieneintritte und -abschlüsse in der Schweiz

Seit 2004 ist die Zahl der Studieneintritte in der Humanmedizin gesamtschweizerisch leicht angestiegen. Im Jahr 2012 sind es insgesamt 1173 Personen, die ein Medizinstudium aufgenommen haben (siehe Tab. 57). Diese geringe, aber kontinuierliche Zunahme wird sich höchstwahrscheinlich in den folgenden Jahren auch in steigenden Abschlusszahlen widerspiegeln. Im Jahr 2012 wurden in der Schweiz insgesamt 775 Abschlüsse in Humanmedizin verzeichnet.

Tabelle 57: Humanmedizin, Ausbildungsabschlüsse und -eintritte nach Jahr, Wohnkanton vor Studienbeginn, 2002–2012

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CH	Abschlüsse	701	625	675	622	594	612	667	729	813	738	775
	Eintritte	919	948	856	937	983	961	1068	1141	1160	1152	1173
LU	Abschlüsse	16	21	27	19	23	27	38	40	35	28	30
	Eintritte	49	39	21	33	27	31	30	36	36	27	28

Quelle: BFS, Schweizerisches Hochschulinformationssystem

Mehr Studieneintritte und mehr Abschlüsse führen aber nicht zwangsläufig zu einem künftig höheren Angebot an Ärztinnen und Ärzten. Ein zentrales gesellschaftliches Phänomen ist seit ein paar Jahren der Wandel in Bezug auf die *Teilzeitarbeit bei Ärztinnen und Ärzten*. Der Wunsch nach einem Teilzeitpensum nimmt zu, vor allem bei Frauen ist dieser Aspekt sehr ausgeprägt. In jenen Fachgebieten, in denen der Frauenanteil relativ hoch ist (z.B. bei den Kinderärztinnen), kann dies sogar zu einem Rückgang der Vollzeitstellen führen. Zu beachten ist, dass auch bei Männern die Teilzeitarbeit immer beliebter wird.

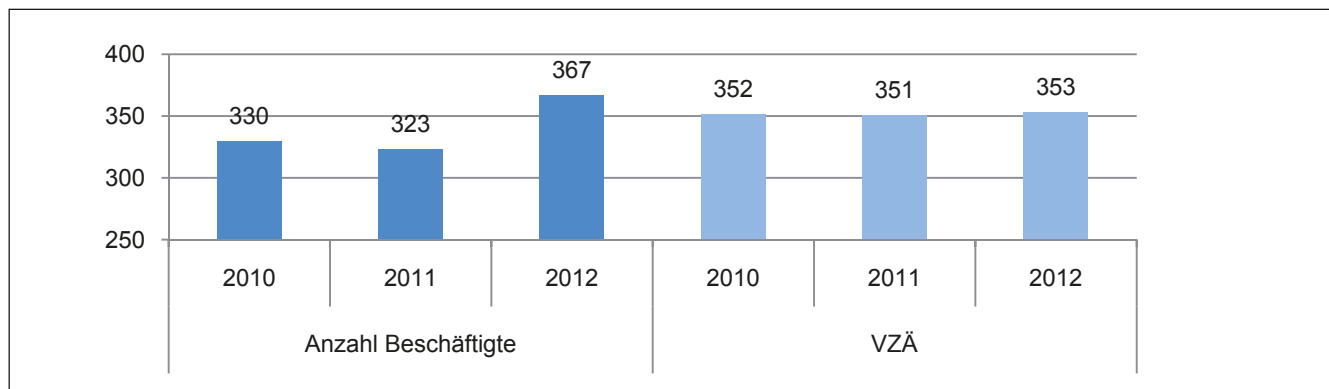
12.1.2.2 Studieneintritte und -abschlüsse im Kanton Luzern

Die Zahlen der Ausbildungseintritte und -abschlüsse im Wohnkanton Luzern (vor Studienbeginn) zeigen, dass die Entwicklung (v. a. zwischen 2008 und 2012) nicht ganz derjenigen auf schweizerischer Ebene entspricht. Die Zahl der Eintritte und Abschlüsse von Luzernerinnen und Luzernern schwankt seit 2007 meist zwischen 30 und 40. Im Jahr 2012 haben 30 Personen aus dem Kanton Luzern das eidgenössische Arztdiplom erworben, und 28 haben ein Medizinstudium in Angriff genommen.

12.1.2.3 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in Luzerner Spitälern

Im Jahr 2012 waren in den Luzerner Spitälern 367 Assistenzärztinnen und -ärzte⁶⁷ tätig, welche insgesamt 353 Vollzeitstellen (VZÄ) besetzten. Die Anzahl Personen ist zwischen 2011 und 2012 um 44 gestiegen, während die VZÄ im selben Zeitraum stabil geblieben sind.

Abbildung 33: Assistenzärztinnen/-ärzte in Luzerner Spitälern, 2010–2012, Beschäftigte und VZÄ



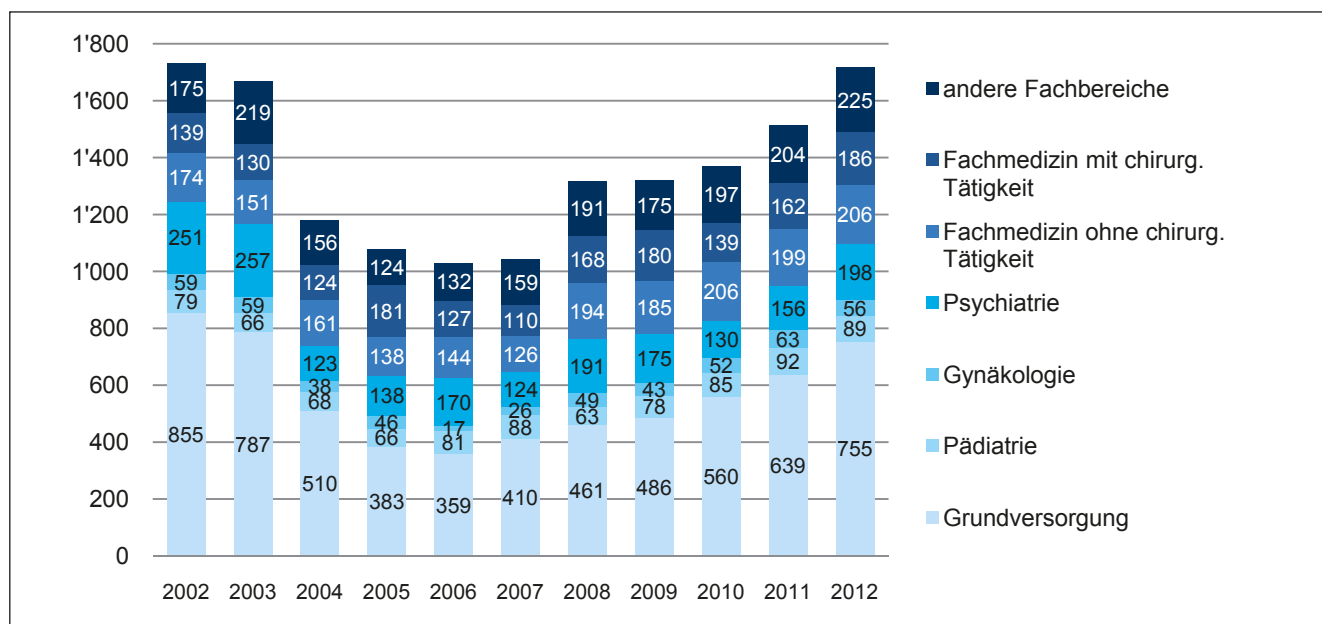
Quelle: BFS, Krankenhausstatistik

12.1.2.4 Ärztliche Weiterbildung: Verleihe Facharztstitel in der Schweiz

Im Jahr 2012 wurden in der Schweiz insgesamt 1715 eidgenössische Facharztstitel verliehen. Davon lassen sich 755 Facharztstitel der Grundversorgung zuordnen – also 44 Prozent aller erteilten Weiterbildungstitel. Die entsprechenden Anteile für die anderen Fachbereiche lauten wie folgt: Psychiatrie und Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit je 12 Prozent, Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit 11 Prozent, Pädiatrie 5 Prozent, Gynäkologie 3 Prozent und andere Fachbereiche 13 Prozent.

⁶⁷ Anzahl Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 2012.

Abbildung 34: Verliehene eidg. Facharztstitel nach Fachbereich, 2002–2012, Schweiz



Quelle: BAG, Medizinalberuferegister

Die zeitliche Analyse zeigt für die Jahre 2002 und 2003 eine deutlich höhere Zahl verliehener Facharztstitel als in den nachfolgenden Jahren, insbesondere in der Grundversorgung und der Psychiatrie. Dies wird auf die Inkraftsetzung des geänderten Bundesgesetzes betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweiz im Jahr 2002 zurückgeführt. Im Rahmen dieser Gesetzesänderung wurde das Weiterbildungsobligatorium für selbständig tätige Ärztinnen und Ärzte eingeführt. Diejenigen, welche vor der Inkraftsetzung bereits selbständig tätig waren, konnten in einer Übergangsphase die Titel Praktische Ärztin/Arzt, Allgemeinmedizin, Psychiatrie- und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erleichterten Bedingungen erwerben. Anzunehmen ist, dass viele Ärztinnen und Ärzte von dieser Möglichkeit Gebrauch machten, was sich in den Zahlen von 2002/2003 widerspiegelt.

Ab 2006/2007 ist eine stetige Zunahme der verliehenen Facharztstitel zu erkennen – diese Zunahme geht insbesondere auf die im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zurück (Burla und Rüfenacht, 2013). Im Jahr 2012 wurden rund 40 Prozent der eidgenössischen Weiterbildungstitel an Ärztinnen und Ärzte vergeben, die ihre Grundausbildung im Ausland absolviert haben.

Der *Frauenanteil* in der ärztlichen Grundausbildung betrug im Jahr 2012 rund 60 Prozent. In der ärztlichen Weiterbildung beläuft sich dieser Anteil auf 52 Prozent, wobei der Frauenanteil je nach Fachrichtung stark schwankt (Burla und Rüfenacht, 2013). Von den verliehenen Facharztstiteln wurden im Bereich der Grundversorgung 55,8 Prozent an Frauen vergeben und 56,1 Prozent im Bereich der Psychiatrie. Der durchschnittliche Frauenanteil in den restlichen Fachbereichen betrug rund 40 Prozent.

12.2 Spitex

Im Jahr 2014 gab es 48 Spitex-Organisationen im Kanton Luzern. Insgesamt sind 592 Vollzeitstellen bei gemeinnützigen/öffentlichen und erwerbswirtschaftlichen/privaten Spitex-Organisationen⁶⁸ zu verzeichnen.

Im Bereich der Pflege ist die Anzahl von Klientinnen und Klienten zwischen 2010 und 2014 um mehr als 6 Prozent auf über 6800 angestiegen. Die in derselben Periode geleisteten Stunden pro Klient und Klientin haben um 18 Prozent zugenommen und belaufen sich auf rund 65 Stunden. Der Spitex gelingt es, diese Zunahme zu bewältigen.

12.2.1 Allgemeines

Das Thema Spitex im Kanton Luzern wird ausführlich durch Lustat Statistik Luzern, durch das Bundesamt für Statistik sowie durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan behandelt. Viele Hinweise und Informationen sind der von Lustat erstellten Spitex-Statistik zu entnehmen (Leistungsangebot von Spitex-Organisationen, Personal, Anzahl Klientinnen und Klienten, bezogene Leistungen, Kosten, Finanzierung). Im Folgenden wird deshalb nur punktuell darauf eingegangen. Bedarfsprognosen zum Thema Spitex gehören nicht zu den Untersuchungen dieses Planungsberichts.

Die Spitex leistet als spitalexterne Hilfe und Pflege zu Hause einen sehr grossen Beitrag in der Versorgungskette. Dank Spitex-Angeboten können hilfsbedürftige Betagte, Kranke und Behinderte so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Zu den Dienstleistungen einer Spitex-Organisation gehören hauptsächlich pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen (Hauspflege und Haushilfe).

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10), die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) und die Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 23. September 1995 (SR 832.112.31) enthalten Bestimmungen zu den kassenpflichtigen Leistungen. Die

⁶⁸ Gemeinnützige/öffentliche und erwerbswirtschaftliche/private Spitex-Organisationen sind die offiziellen Bezeichnungen, die das BFS für die Leistungserbringertypen verwendet. Diese Spitex-Organisationen haben in der Regel eine Versorgungspflicht, das heisst einen Leistungsauftrag seitens einer oder mehrerer Gemeinden.

im KVG verankerten sogenannten WZW-Kriterien⁶⁹ gelten auch für die Spitex-Leistungen. Die KVV setzt zudem den Rahmen für die Qualitätssicherung der kassenpflichtigen Leistungen.

Im Kanton Luzern haben die Gemeinden das örtliche Spitex-Angebot sicherzustellen. Laut dem kantonalen Gesundheitsgesetz und der entsprechenden Verordnung haben die Gemeinden für die bedarfsgerechte Gemeindekrankenpflege sowie für die hauswirtschaftlichen Leistungen zu sorgen. Die Gemeinden verpflichten die Spitex-Organisationen mit einem Leistungsauftrag, die notwendigen Spitex-Leistungen zu erbringen. Durch die Leistungsvereinbarung mit den auftraggebenden Gemeinden sind die Spitex-Betriebe zu Qualität verpflichtet.

Der im Jahr 1993 gegründete Spitex Kantonalverband Luzern (SKL) ist der Dachverband der gemeinnützigen, lokalen Spitex-Organisationen im Kanton Luzern.

Als wichtiger Anbieter von ambulanten Leistungen zu Hause stellen sich für die Spitex verstärkt neue Aufgaben, insbesondere an den Behandlungsschnittstellen zu Spitälern, Pflegeheimen und anderen ambulanten Leistungserbringern. Die Zunahme chronischer und komplexerer Erkrankungen⁷⁰ stellt die Spitex vor neue Herausforderungen und ein erweitertes Aufgabenfeld. Nebst der Finanzierung – etwa im Bereich der Palliativpflege – wird auch die Sicherstellung von genügend Pflegepersonen eine grosse Herausforderung für die Zukunft sein.

12.2.2 Spitex-Kennzahlen

12.2.2.1 Spitex-Organisationen und Vollzeitstellen

Laut der Lustat Statistik Luzern gab es im Jahr 2014 48 Spitex-Organisationen im Kanton (exkl. selbständige Pflegefachleute); davon waren 32 gemeinnützig beziehungsweise öffentlich organisiert.

Insgesamt 591,5 Vollzeitstellen waren im Jahr 2014 in Spitex-Organisationen (exkl. selbständige Pflegefachpersonen) zu verzeichnen, davon 493 in gemeinnützigen Unternehmen.

Tabelle 58: Spitex-Organisationen im Kanton Luzern: Kennzahlen, 2010–2014

gemeinnützige/öffentliche Spitex-Organisationen		
Jahr	Anzahl Organisationen	Personal / Total Stellen (VZÄ)
2010	42	401,4
2011	40	416,5
2012	40	431,1
2013	37	453,9
2014	32	492,7
erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen		
Jahr	Anzahl Organisationen	Personal / Total Stellen (VZÄ)
2010	6	59,8
2011	10	59,6
2012	13	64,9
2013	19	80,6
2014	16	98,8

Datenquelle/Auszug: Lustat – Spitex-Statistik

12.2.2.2 Spitex-Pflege

Im Bereich der Pflege fällt in der Zeit zwischen 2010 und 2014 auf, dass die Anzahl Klientinnen und Klienten um 6,3 Prozent auf über 6800 angestiegen ist. Die in derselben Periode geleisteten Stunden pro Klient und Klientin haben um 18 Prozent zugenommen und belaufen sich auf über 65 Stunden. Gemäss dem Spitex-Kantonalverband gelingt es der Spitex, diese Zunahme zu bewältigen.

Diese Werte zeigen, dass der Pflegeaufwand pro Person stark angestiegen ist. Grund für diese Entwicklung können unter anderem komplexere Fälle (z. B. chronische Erkrankungen und Mehrfachkrankheiten) sein, mit der sich die Spitex-Pflege zunehmend beschäftigt. Drei von vier Patientinnen und Patienten, die Pflegeleistungen beanspruchen, sind 65-jährig und älter.

Immer mehr Personen nehmen pflegerische Leistungen der ambulanten (Langzeit)Pflege einer Spitex-Organisation in Anspruch. Der Spitex ist es bisher gelungen, den zunehmenden Bedarf zu decken.

⁶⁹ Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit.

⁷⁰ Wie zum Beispiel Wundmanagement, Palliative Care, psychiatrische Pflege, onkologische Pflege.

Tabelle 59: Spitex-Organisationen⁷¹ im Kanton Luzern (Bereich Pflege), Anzahl Klientinnen und Klienten, Pflege, Leistungsstunden pro Klient/in, 2010–2014

Pflege Jahr ⁷²	Klientinnen/Klienten			Leistungsstunden pro Klient/in	Bevölkerungs- stand per 31.12.
	insgesamt	Frauen in %	65 und älter in %		
2010	6432	61,4	74,3	55,7	377 610
2011	6217	61,1	75,0	55,2	381 966
2012	6656	61,2	74,6	56,6	386 082
2013	6754	59,7	73,7	59,7	390 349
2014	6836	59,6	74,3	65,8	394 604

Datenquelle/Auszug: Lustat – Spitex-Statistik

12.2.2.3 Spitex-Hauswirtschaft

In der Hauswirtschaft (und der Sozialbetreuung) ist die Anzahl Klientinnen und Klienten zwischen 2010 und 2014 gleich geblieben. Die geleisteten Stunden im Bereich der Hauswirtschaft sind sogar leicht gesunken (von 45,9 auf 42,2).

Tabelle 60: Spitex-Organisationen im Kanton Luzern (Hauswirtschaft und Sozialbetreuung), Anzahl Klientinnen und Klienten, Leistungsstunden pro Klient/in, 2010–2014

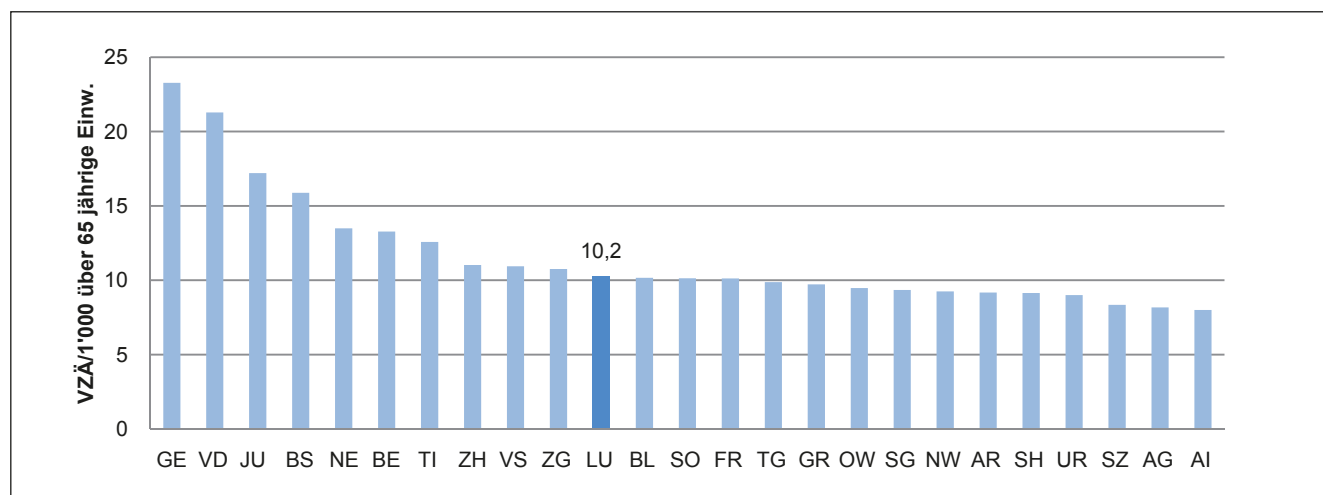
Hauswirtschaft und Sozial- betreuung Jahr	Klientinnen/Klienten			Leistungsstunden pro Klient/in	Bevölkerungs- stand per 31.12.
	insgesamt	Frauen in %	65 und älter in %		
2010	5271	80,2	64,5	45,9	377 610
2011	5279	80,3	63,7	42,7	381 966
2012	5365	79,3	65,4	41,8	386 082
2013	5288	78,0	67,4	42,3	390 349
2014	5267	78,2	67,7	42,2	394 604

Datenquelle/Auszug: Lustat – Spitex-Statistik

12.2.2.4 Spitex-Versorgungsdichte

Gemessen an den Spitex-Vollzeitstellen pro 1000 über 65-jährige Einwohnerinnen und Einwohner sind die Kantone Genf und Waadt im Jahr 2013 die Spitzenreiter in der Spitex-Versorgung. Der Kanton Luzern liegt mit rund 10 Vollzeitstellen pro 1000 über 65-Jährige leicht unterhalb des schweizerischen Mittels von 12,5.

Abbildung 35: Versorgungsdichte Spitex gemessen an der Bevölkerung 65 plus, nach Kantonen, Schweiz 2013



Datenquelle: BFS, Spitex-Statistik

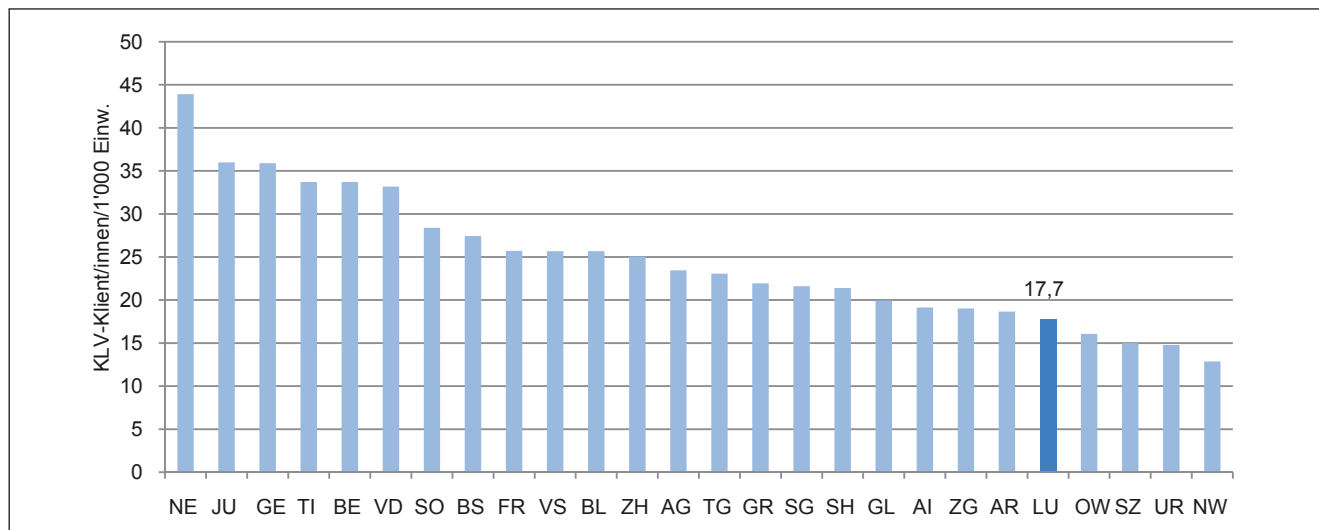
12.2.2.5 Spitex-Pflegequote

Der Anteil an mittelstark bis stark pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung wird mit der Pflegequote dargestellt. Ähnlich wie bei der Spitex-Versorgungsdichte zeigen sich im Jahr 2013 die kantonalen Unterschiede auch bei der Inanspruchnahme von Spitex-Pflegeleistungen gemäss KVG. Führend sind bei den Spitex-Pflegequoten – gemessen an der Gesamtbevölkerung – die Westschweizer Kantone Neuenburg, Jura und Genf. Der Kanton Luzern liegt mit den anderen Zentralschweizer Kantonen mit 17,7 Klientinnen und Klienten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner am unteren Ende der Skala. Der schweizerische Mittelwert beträgt 27,2.

⁷¹ Inkl. selbständige Pflegefachpersonen.

⁷² Ab 2013 inkl. Akut-/Übergangspflege.

Abbildung 36: Pflegequote Spitex in der Gesamtbevölkerung, nach Kantonen, Schweiz 2013



Datenquelle: BFS, Spitex-Statistik

12.3 Personalmangel in Medizin und Pflege

Eine der grössten Herausforderungen für die stationäre und die ambulante Gesundheitsversorgung ist der sich abzeichnende Personalmangel im medizinischen und pflegerischen Bereich. Die Gründe sind unterschiedlich. Während sich bei der Pflege vor allem ein Mangel aufgrund der demografischen Entwicklung abzeichnet, stehen bei den Ärztinnen und Ärzten zu wenig Studienplätze und die fehlende Attraktivität bestimmter Fachrichtungen und Regionen im Vordergrund.

Der Bund und die Kantone haben bereits verschiedene Massnahmen getroffen, um einem Mangel entgegenzuwirken. Bei den Ärztinnen und Ärzten sind vor allem die Erhöhung der Zahl der Studienplätze und die Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin zu nennen. In der Pflege sind es folgende drei Schwerpunkte: Bereitstellung einer bedarfsgerechten Zahl an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen, Umsetzung der Bildungssystematik und Massnahmen in Bezug auf ausländische Fachkräfte.

12.3.1 Ärztemangel

12.3.1.1 Gründe für den Ärztemangel

Schon seit einiger Zeit zeichnet sich ein Ärztemangel ab. Insbesondere in der ländlichen Grundversorgung, aber auch in den Spitälern und Kliniken wird es immer schwieriger, genügend Fachkräfte zu rekrutieren. Die Gründe sind vielfältig:

- Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten wächst. In den kommenden Jahren ist eine deutliche Steigerung des Anteils älterer und damit chronisch kranker Menschen (Krebs, Nierenversagen, Herzmuskelschwäche usw.) sowie jüngerer Menschen aufgrund des westlichen Lebensstils (Adipositas, Diabetes mellitus, Bluthochdruck usw.) zu erwarten.
- Der Anteil an weiblichen Fachkräften nimmt stark zu. Diese sind zunehmend nur in Teilzeit berufstätig, sodass mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden müssen, um dieselbe Anzahl Vollzeitstellen mit Teilzeitbeschäftigten zu besetzen. Auch männliche Fachkräfte legen zunehmend Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit, was mit entsprechender Arbeitszeitreduktion verbunden ist. In den Spitälern wurden zudem die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung von mehr als 60 Stunden pro Woche auf 50 Stunden reduziert – mit entsprechendem Personalbedarf.
- Zahlreiche praktizierende Ärztinnen und Ärzte erreichen in naher Zukunft ihr Pensionierungsalter. Die Spezialisierung in der Medizin wird weiter zunehmen. Dadurch geht eine weitere Gruppe von Ärztinnen und Ärzten in der wichtigen Grundversorgung verloren.

12.3.1.2 Massnahmen Bund

Ende August 2012 verabschiedete der sogenannte «Dialog Nationale Gesundheitspolitik»⁷³ von Bund und Kantonen einen Bericht über die zusätzliche Ausbildung von jährlich 300 Ärztinnen und Ärzten ab dem Jahr 2018/2019. Dies soll durch eine sukzessive Steigerung an den fünf medizinischen Fakultäten auf insgesamt 1100 Studienabschlüsse pro Jahr bis 2018/2019 erreicht werden. Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz bildet einen Schwerpunkt der Botschaft zu Bildung, Forschung und Innovation 2017–2020, die der Bundesrat voraussichtlich im Frühjahr 2016 verabschieden wird.

Wichtig ist ebenfalls die Revision der Tarifstruktur Tarmed, um die (haus-)ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen aufzuwerten sowie die Attraktivitätssteigerung bei den Bildungs-Curricula.

12.3.1.3 Massnahmen Kanton

Der Kanton Luzern hat verschiedene Massnahmen eingeleitet, um dem drohenden Ärztemangel zu begegnen und die Hausarztmedizin zu fördern.

⁷³ Der «Dialog Nationale Gesundheit» ist die ständige Plattform von Bund und Kantonen, mittels der die beiden Dialogpartner gesundheitspolitische Themen und Aufgaben diskutieren und die nötigen Absprachen treffen.

Praxisassistentenprogramm

Das Praxisassistentenprogramm ermöglicht Assistenzärztinnen und -ärzten in Weiterbildung zum Facharzt, bei niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten eine Praxisassistentenz von sechs Monaten zu absolvieren. Ziel ist es, den Assistenzärztinnen und -ärzten die vielseitige, interessante und selbständige Tätigkeit in der Hausarztpraxis näherzubringen und sie für diesen Beruf zu motivieren.

Für die Organisation, Koordination und Durchführung hat der Kanton bis Ende 2014 eng mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, der Vereinigung Luzerner Hausärzte, dem Luzerner Kantonsspital sowie den im Kanton Luzern ansässigen Lehrpraktikern zusammengearbeitet. Am 1. Januar 2015 wurde das Praxisassistentenprogramm vom Institut für Hausarztmedizin und Community Care übernommen, das auch fortan die Koordinationsaufgaben übernimmt.

Die Lohnkosten der Praxisassistentenz teilen sich nach wie vor der Kanton Luzern ($\frac{2}{3}$) und der Lehrpraktiker oder die Lehrpraktikerin ($\frac{1}{3}$). In den vergangenen Jahren waren dafür jeweils 1,2 Millionen Franken budgetiert.

Erste Evaluationen des Praxisassistentenprogramms (über die Jahre 2012, 2013 und bis Ende Juni 2014) zeigen folgendes Bild:

- Total haben in diesem Zeitraum 44 Ärztinnen und Ärzte das Praxisassistentenprogramm begonnen. Davon haben 35 Ärztinnen und Ärzte die Fachrichtung der Allgemeinen Inneren Medizin eingeschlagen, 9 diejenige der Pädiatrie.
- Alle Luzerner Wahlkreise konnten bei der Vergabe der Praktika berücksichtigt werden; die Praktikumsorte sind dabei über den ganzen Kanton verteilt (Entlebuch: 6; Hochdorf 7; Luzern-Land: 7; Luzern-Stadt: 10; Sursee: 6; Willisau: 8).
- Am 30. Juni 2014 hatten bereits 13 Ärztinnen und Ärzte den Facharztstitel erworben (12 davon in Allgemeiner Innerer Medizin, 1 in Pädiatrie). 31 Ärztinnen und Ärzte befanden sich noch in der Weiterbildung.
- Insgesamt konnten in diesem Zeitraum durch den Kanton Luzern 11 Berufsausübungsbewilligungen (BAB) an ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Praxisassistentenprogramms erteilt werden. Weitere 2 BAB wurden von anderen Kantonen abgegeben, dies wegen des Wegzugs von zwei Ärztinnen aus dem Kanton Luzern.⁷⁴ 32 Ärztinnen und Ärzte verfügten per 30. Juni 2014 noch über keine BAB.
- Mitte 2014 haben bereits 9 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Luzerner Praxisassistentenprogramms eine Praxistätigkeit im Kanton Luzern aufgenommen: 6 davon in der Stadt Luzern, 2 im Wahlkreis Entlebuch und 1 im Wahlkreis Hochdorf. 2 Ärztinnen haben sich für eine Tätigkeit in einem anderen Kanton entschieden.

Förderung von Gruppenpraxen

In Gruppenpraxen praktizieren mehrere Arztpersonen. Solche Gruppenpraxen bieten viele Vorteile: flexible Arbeitszeiten, Arbeitsteilung, gemeinsame Investitionen, Know-how-Austausch usw. Im Kanton Luzern sind in letzter Zeit verschiedene Gruppenpraxen entstanden, oder solche sind in Planung. Der Kanton fördert diese Entwicklung flächendeckend, indem er die regionalen Entwicklungsträger damit beauftragt, den Bedarf abzuklären und die Bildung solcher Praxen aktiv zu unterstützen und zu fördern. Einzelpraxen sind indes weiterhin von Bedeutung, aber es ist festzustellen, dass immer weniger Ärztinnen und Ärzte dieses Modell wünschen und es deshalb Alternativen braucht.

Institut für Hausarztmedizin und Community Care Luzern

An verschiedenen Universitäten wurden bereits Institute für die Hausarztmedizin geschaffen. Am 21. Februar 2014 wurde das Institut für Hausarztmedizin und Community Care Luzern (IHAM & CC Luzern) gegründet.

Primäres Ziel des Instituts ist die Förderung der Hausarztmedizin und damit die Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses im Kanton Luzern. Das IHAM & CC Luzern engagiert sich auf verschiedenen Ebenen, angefangen bei der lehrärztlichen Betreuung von Medizinstudentinnen und -studenten über die Förderung von Assistenzärztinnen und -ärzten mit Interesse an der Hausarztmedizin (Praxisassistentenz und Curriculum Hausarztmedizin) bis zur Forschung mit dem Schwerpunkt hausärztliche Versorgungsforschung.

In Kooperation mit bestehenden Hausarztinstituten anderer Universitäten und im Zuge der Erhöhung der Studentenzahlen strebt das Institut eine aktive Beteiligung an der Ausbildung an. Es möchte weitere Lehrärztinnen und -ärzte anwerben und gemeinsame Teachers-Teaching-Veranstaltungen in der Region organisieren. Möglichst viele Luzerner Medizinstudentinnen und -studenten sollen ihre Praktika in der Region absolvieren können.

Das bereits bestehende kantonale Praxisassistentenprogramm wurde in das Institut integriert. Ergänzend zu diesem Programm wurde das Luzerner Curriculum für Hausarztmedizin aufgebaut. Das Curriculum beinhaltet attraktive Rotationsstellen für Assistenzärztinnen und -ärzte in der fortgeschrittenen Facharztweiterbildung. Es beinhaltet die Fächer Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Pädiatrie, Anästhesie, interdisziplinärer Notfall, Rheumatologie und Psychiatrie; weitere sind geplant.

Zudem sind gemeinschaftliche Forschungsprojekte mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung in Kooperation mit dem Departement Health Science and Health Policy (HS & HP) der Universität Luzern und der Schweizerischen Paraplegikerforschung (SPF) geplant. Es werden Masterstudentinnen und -studenten des neu geschaffenen Master-Studienlehrgangs HS & HP der Universität Luzern, welche sich für ein hausärztliches Forschungsprojekt entscheiden, ausgebildet.

Das Institut soll in den nächsten zwei Jahren in die Universität Luzern eingebunden werden. Der Kanton unterstützt das Institut für Hausarztmedizin (auch finanziell). Anfang 2017 läuft die Anschubfinanzierung aus. Die Errichtung und der Betrieb eines universitären Instituts für Hausarztmedizin und Community Care, wie es in Luzern geplant ist, erfordert ein anfängliches Jahresbudget von rund einer halben Million Franken.

Prüfung Masterstudienlehrgang in Medizin

Im November 2012 hat Ihr Rat ein Postulat⁷⁵ überwiesen, wonach an der Universität Luzern ein Masterstudienlehrgang⁷⁶ in Medizin geprüft werden soll. In einer Machbarkeitsstudie werden zurzeit vertiefte Abklärungen durchgeführt; die Studie wird voraussichtlich bis Ende 2015 vorliegen. Der Aufbau und die Durchführung eines solchen Masterstudienlehrgangs sollen in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Universitäten und mit dem Luzerner Kantonsspital, der Hirslanden-Klinik St. Anna und dem Schweizer Paraplegiker-Zentrum erfolgen. Das LUKS bietet bereits heute rund 100 klinische Ausbildungsplätze für Unterassistenten pro Jahr an, was den Aufbau eines Master-Studienlehrgangs in Medizin erleichtert.

⁷⁴ Eine Ärztin mit BAB in den Kantonen LU und BE (mit Wohnsitz Kanton BE).

⁷⁵ Motion M 182 von Thomas Willi über einen Planungsbericht über eine medizinische Fakultät für die Universität Luzern, erheblich erklärt als Postulat (KR 2012 S. 1951).

⁷⁶ Praktische Ausbildung von angehenden Ärztinnen und Ärzten.

Interprofessionelle Versorgungsmodelle und eHealth

Die Hausarztmedizin spielt nach wie vor eine zentrale Rolle, und die Hausärztinnen und -ärzte sind ein wichtiger Dreh- und Angelpunkt in der Gesundheitsversorgung. In Zukunft werden aber die verschiedenen Berufszweige der Grundversorgung stärker miteinander vernetzt sein (z. B. in enger Zusammenarbeit mit der Spitex). Die Kompetenzen werden dabei teilweise verschoben. Das elektronische Patientendossier kann dabei wertvolle Hilfe leisten.

Erleichterung des Notfalldienstes

Eine Konzentration der Notfalldienste (Notfall-, Wochenend- und Nachtdienste), so wie diese am LUKS in Luzern, in Sursee und in Wolhusen gemeinsam mit der Ärztesgesellschaft geschaffen wurde, entlastet die Hausärztinnen und -ärzte. Auch Gruppenpraxen erleichtern die Leistungspflicht betreffend Notfalldienst, weil die Dienste auf mehr Fachpersonen verteilt werden können.

12.3.2 Mangel an Pflegepersonal

12.3.2.1 Gründe für den Mangel an Pflegepersonal

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat errechnet, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den Spitälern, Alters- und Pflegeheimen sowie den Spitex-Diensten gesamtschweizerisch im Vergleich zu 2006 bis ins Jahr 2020 wie folgt zunehmen könnte (Referenzszenario): Hospitalisierungstage +2,4 Prozent, Beherbergungstage in Alters- und Pflegeheimen +30 Prozent und Spitex-Klientinnen und -Klienten +20 Prozent.⁷⁷

Um diesen erhöhten Pflegebedarf zu decken, müssten in diesem Zeitraum 17000 Vollzeitstellen neu geschaffen und 25000 Personen zusätzlich eingestellt werden (+13%). Hinzu kommen rund 60000 Gesundheitsfachleute (30%), die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen. Die Studie wird zurzeit aktualisiert, und erste Ergebnisse sind im Herbst 2016 zu erwarten. Aufgrund der Demografie ist weiterhin mit einem zunehmenden Bedarf zu rechnen.

12.3.2.2 Generelle Massnahmen

Damit in der Schweiz auch in Zukunft eine ausreichende und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung sichergestellt ist, braucht es deutlich mehr Ausbildungsabschlüsse in Pflegeberufen. Das bedingt in erster Linie viel mehr Ausbildungsplätze und attraktive, arbeitsmarktorientierte Berufsprofile. Um dies zu erreichen, braucht es ein koordiniertes Vorgehen aller beteiligten Verbundpartner.

Bund, Kantone und die nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) haben deshalb im Jahr 2010 den Masterplan «Bildung Pflegeberufe» ins Leben gerufen. Ziel ist es, neben interessierten Jugendlichen auch Quer- und Wiedereinsteigenden den Zugang zu den Pflegeberufen zu ermöglichen und ihnen Entwicklungsperspektiven zu bieten. Entsprechende Massnahmen sollen bis 2016 umgesetzt sein. Diese haben drei Schwerpunkte: Bereitstellung einer bedarfsgerechten Zahl an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen, Umsetzung der Bildungssystematik und Massnahmen in Bezug auf ausländische Fachkräfte.

Für das Jahr 2015 wurde ein Leistungsvertrag zwischen der GDK und der OdASanté abgeschlossen. Die OdASanté soll die Attraktivität der Gesundheitsberufe gesamtschweizerisch koordiniert fördern. Die OdASanté setzt auf öffentlichkeitswirksame Massnahmen. Mit diesen soll die thematische Agenda in den Medien beeinflusst und proaktiv kommuniziert werden. Zudem nutzt die OdASanté Synergien mit den kantonalen Organisationen und den nationalen Fachverbänden und trägt regionalen Bedürfnissen und Begebenheiten Rechnung.

Nebst der Ausbildung zur Fachfrau und zum Fachmann Gesundheit auf Sekundarstufe II und der Pflege-HF-Ausbildung (Tertiär B) sollte gemäss dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK, Sektion Zentralschweiz) auch der Zugang zur Fachhochschule (Tertiär A, Bachelor und Master in Pflege) in der Zentralschweiz verbessert werden. Dies ist zu prüfen. Wichtig ist zudem, die Schulabgängerinnen und -abgänger im Rahmen der Berufsberatung dem geeigneten Niveau zuzuweisen, um eine unnötige Verlängerung der Ausbildungsdauer zu vermeiden.

Dem Gesundheitspersonal soll die Möglichkeit einer Fachkarriere geboten werden, wie sie beispielsweise das LUKS anbietet. Im ambulanten Bereich und in der Langzeitpflege sind solche Karrieremodelle für Pflegenden erst in Ansätzen erkennbar.

Der Kanton Luzern hat alle Spitäler, Heime und Spitex-Organisationen verpflichtet, eine bestimmte Anzahl Ausbildungsplätze anzubieten. Denn der Kanton hat Interesse daran, dass genügend Pflegefachpersonal ausgebildet wird. Basierend auf den Prognosezahlen, die das Obsan erstellt hat, werden in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern jährlich verbindliche Zielvorgaben (Ausbildungsumfang) festgelegt. Für die Umsetzung in der Langzeitpflege sind die Gemeinden in Zusammenarbeit mit den Verbänden zuständig.

12.3.2.3 Massnahmen der Betriebe

Nebst Ausbildung und Wiedereinstieg ist die Förderung des Verbleibens im Beruf zentral. Dies ist nicht nur wichtig, um einem Pflegepersonalmangel vorzubeugen. Die Arbeitszufriedenheit korreliert mit der Pflegequalität und folglich auch mit der Patientenzufriedenheit. Werden die Kompetenzen der Pflegefachpersonen nicht genutzt, sinkt die Bereitschaft, im angestammten Beruf zu verbleiben. Eine positive Wirkung auf die Zufriedenheit in Pflegeberufen kann unter anderem durch die Arbeitsumgebung, die Attraktivität der Arbeitsbedingungen und einen partizipativen Führungsstil erreicht werden.

Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich braucht es Anstrengungen und Veränderungen wie:

- Wieder- und Quereinsteigerprogramme,
- interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit,
- attraktive und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle,
- familienfreundliche zusätzliche Arbeitsplätze,
- neue Rekrutierungsformen,
- Fachkarrieren für das Gesundheitsfachpersonal und Anreizsysteme für Führungskräfte,
- Einbezug von Gesundheitsfachpersonen in Entscheidungsgremien und gesundheitspolitische Projekte,
- attraktive Arbeitsbedingungen (inkl. Entschädigung).

⁷⁷ Obsan: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel; Obsan fact sheet «Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020», Februar 2009.

Eine sehr wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang auch Kooperationen zwischen den Leistungserbringern oder Beteiligungen an anderen Betrieben. Das erleichtert den Austausch und die Konzentration der Fachkräfte.

Noch nicht bekannt ist, ob und wie sich die Umsetzung der «Masseneinwanderungsinitiative» auswirken wird.

12.4 Apotheken und Drogerien

Im Jahr 2014 gab es im Kanton Luzern 37 öffentliche Apotheken, davon befanden sich 18 in der Stadt Luzern. Die Apothekendichte beträgt 10 Apotheken pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Im Kanton Luzern gab es im Jahr 2014 39 Drogerien. Diese sind in allen Gebieten des Kantons vertreten.

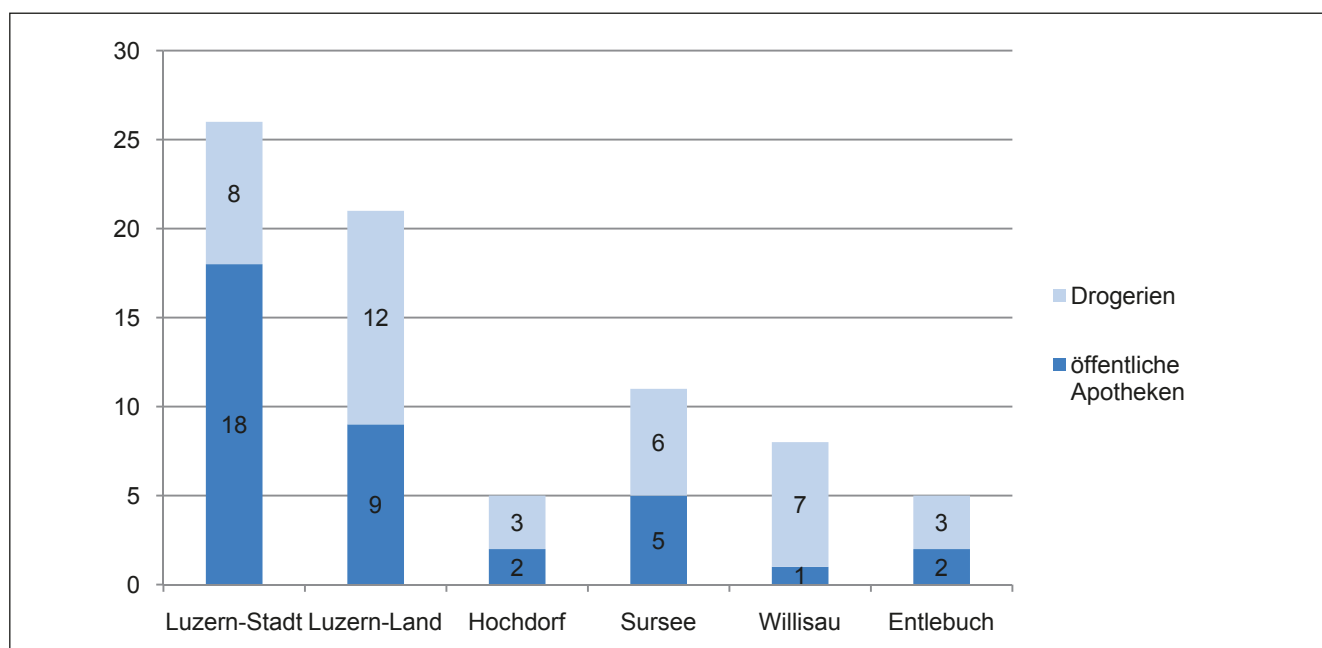
Es gilt, zwischen privaten und öffentlichen Apotheken zu unterscheiden. Zu den *privaten* zählen die Apotheken der Arztpraxen, der Spitäler, der Institutionen und der Therapeutinnen und Therapeuten der Naturheilkunde. Die Gesamtzahl der Privatapotheken liegt im Jahr 2014 bei zirka 700 bis 900.

Das Netz der *öffentlichen Apotheken* ist wesentlich kleiner. Im ganzen Kanton Luzern gibt es 37 öffentliche Apotheken. Davon haben 18 – also rund die Hälfte – ihren Standort in der Stadt Luzern. Wird die Apothekendichte im Kanton Luzern betrachtet, so entspricht dies einer Dichte von rund 10 Apotheken auf 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Dieser im schweizerischen Vergleich relativ tiefe Wert hat direkt mit der Möglichkeit der Selbstdispensation (SD)⁷⁸ von Ärztinnen und Ärzten zu tun. Denn in der Schweiz ist die Form der Medikamentenabgabe nicht einheitlich geregelt. In der Westschweiz und im Tessin beispielsweise ist die SD nicht erlaubt. In der Deutschschweiz hingegen ist sie mehrheitlich uneingeschränkt gestattet.

Im Kanton Luzern gibt es 39 Drogerien, wovon sich 8 in der Stadt Luzern und 12 im Wahlkreis Luzern-Land befinden. Damit übernehmen die Drogerien im Kanton eine wichtige Rolle bei der dezentralen medizinischen Versorgung der Bevölkerung mit nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln.

In welchen Luzerner Regionen sich die Standorte der öffentlichen Apotheken und Drogerien befinden, ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.

Abbildung 37: Anzahl öffentliche Apotheken und Drogerien, nach Region im Kanton Luzern, 2014



Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

Die Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln erfolgt ausserhalb der Spitäler zum überwiegenden Teil (>90%) durch selbst-dispensierende Ärztinnen und Ärzte, die damit einen nicht unwesentlichen Teil ihres Einkommens erwirtschaften. Im Gegenzug konnte dafür im Kanton Luzern der Tarmed-Grundtarif⁷⁹ im Vergleich zu Kantonen ohne Selbstdispensation tiefer angesetzt werden.

Die Spitalapotheken, die für die Heilmittelversorgung von stationären Patientinnen und Patienten zuständig sind, haben ihr Arzneimittelsortiment primär auf die akute und spezialisierte Spitalmedizin ausgerichtet. Für die ambulante Versorgung betreiben in der Zwischenzeit die drei Akutspitäler (LUKS in Luzern, Klinik St. Anna, SPZ) zusätzlich eine öffentliche Apotheke.

Das vom eidgenössischen Parlament revidierte Medizinalberufegesetz (MedBG) wird den Apothekerinnen und Apothekern erweiterte Kompetenzen in der medizinischen Grundversorgung einräumen. Diese neuen, erweiterten Kompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker sind an eine entsprechende ergänzende Aus- und Weiterbildung gebunden. So sollen die zukünftigen Apothekerinnen und Apotheker in Diagnose und Behandlung von einfachen Gesundheitsstörungen und im Bereich der Blutentnahme und des Impfens bereits im Grundstudium ausgebildet werden.

⁷⁸ Selbstdispensation bedeutet, dass die betreffende Medizinalperson – in der Regel ein Arzt oder eine Ärztin – eine Privatapotheke führen darf und somit berechtigt ist, den Patientinnen und Patienten die benötigten Arzneimittel direkt abzugeben.

⁷⁹ Der Tarmed ist die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz.

Im Rahmen der Revision des Heilmittelgesetzes (HMG) sollen die Apothekerinnen und Apotheker zukünftig auch gewisse verschreibungspflichtige Medikamente in eigener Kompetenz abgeben können und mit dieser Behandlung von nicht komplizierten Gesundheitsstörungen die Hausärztinnen und -ärzte entlasten. Auch Drogistinnen und Drogisten sollen gemäss der Revision des HMG in der ganzen Schweiz sämtliche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel selbständig abgeben können.

12.5 Zahnmedizin

Ende 2013 waren 339 Zahnärztinnen und Zahnärzte im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung des Kantons Luzern; im Vergleich zu 2003 hat sich diese Zahl fast verdoppelt.

Im Kanton Luzern gibt es 193 Zahnarztpraxen, davon befinden sich 84 in der Stadt Luzern. Zu beobachten ist vor allem die steigende Anzahl an Zentren und Gruppenpraxen.

In der Schweiz vergüten Kranken- sowie Unfallversicherungen nur die Behandlungskosten von nicht vermeidbaren Erkrankungen und Schäden des Kauapparates. Dieses europaweit einmalige System hat sich bewährt.

Eine wichtige Bedingung ist die obligatorische Vermittlung des notwendigen Wissens und der erforderlichen Fertigkeiten im Rahmen der Schulzahnpflege. Diese erstreckt sich über die ganze obligatorische Schulzeit und wird hauptsächlich durch die Gemeinden getragen.

Die grössten Herausforderungen in der Zahnmedizin sind die Überalterung der Bevölkerung und der rasante Strukturwandel der zahnmedizinischen Grundversorgung. Die zunehmende «Feminisierung» des Berufes, der Wunsch nach Teilzeitarbeit und Spezialisierung sowie die massive Zunahme der zahnärztlichen Zentren mit häufig wechselnden behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzten haben innert weniger Jahre die zahnärztliche Versorgung speziell im urbanen Umfeld nachhaltig geprägt.

Tabelle 61: Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung in Stadt und Kanton Luzern, 2005–2013

Jahr	Stadt Luzern	Luzerner Agglomeration und Luzern-Land	Total Kanton Luzern
2005	78	121	199
2006	88	125	213
2007	94	138	232
2008	100	147	247
2009	106	154	260
2010	105	150	255
2011	126	154	280
2012	123	191	314
2013	136	203	339

Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

Die Anzahl der erteilten Berufsausübungsbewilligungen (BAB) hat sich in den letzten zehn Jahren fast verdoppelt. Ende 2013 waren 339 Zahnärztinnen und Zahnärzte im Besitz einer BAB des Kantons Luzern. Trotz der zuwanderungsbedingten hohen Zahnärztedichte und der damit verbundenen guten Versorgungslage der Bevölkerung zeichnet sich, ähnlich wie in der Humanmedizin, ein Mangel an allgemein praktizierenden Zahnärztinnen und -ärzten ab. Vornehmlich ländliche Praxen haben zunehmend Mühe, eine geeignete Fachperson zu finden.

Im Kanton Luzern gab es Ende 2013 193 Zahnarztpraxen, davon befanden sich 84 in der Stadt Luzern. Sowohl in der Stadt als auch in der Agglomeration Luzern haben sich verschiedene zahnärztliche Zentren, Gruppen- und Grosspraxen niedergelassen und konkurrieren die traditionellen Einzelpraxen.

12.6 Weitere Gesundheitsberufe

12.6.1 Ausbildung von nicht universitären Gesundheitsberufen

In der folgenden Tabelle sind die Ausbildungseintritte und -abschlüsse in den nicht universitären respektive nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen⁸⁰ für das Jahr 2012 aufgelistet. Auf Tertiärstufe sind diejenigen Eintritte und Abschlüsse aufgeführt, die an Luzerner Ausbildungsinstitutionen verzeichnet wurden. Bei der Sekundarstufe II sind die Zahlen der Eintritte (Lehrvertragsabschlüsse) und Abschlüsse berücksichtigt, bei denen sich der Lehrort im Kanton Luzern befindet.

Im Jahr 2012 haben 207 Personen die tertiäre Ausbildung «Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF» an der Höheren Fachschule Gesundheit Zentralschweiz (HFGZ) begonnen, und davon haben 154 diese Ausbildung abgeschlossen. Bei der «Biomedizinischen Analytik HF» wurden 23 Eintritte und 13 Abschlüsse gezählt. Die Ausbildung «Rettungssanitäter» verzeichnete 11 Neueintritte und 13 Abschlüsse (Zahlen 2011).

Die Ausbildung «Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ» auf Sekundarstufe II haben 181 Personen absolviert; insgesamt wurden 247 neue Lehrverträge (Eintritte) im Jahr 2012 abgeschlossen. Die Ausbildung «Fachfrau/-mann Betreuung EFZ» verzeichnete insgesamt 103 Neueintritte und 90 Abschlüsse. Der Tabelle sind auch die Zahlen für die einzelnen Fachrichtungen dieser Berufslehre zu entnehmen.

⁸⁰ Siehe dazu auch Anhang 8 und die Übersicht zur Schweizerischen Bildungssystematik der Gesundheitsberufe gemäss OdASanté (www.odasante.ch/Systematik_mit_Berufen.html?open=1).

Tabelle 62: Ausbildungseintritte und -abschlüsse von nicht universitären Gesundheitsberufen, Kanton Luzern, 2012

	Ausbildung	Schule	Eintritte	Abschlüsse
Tertiär- stufe	dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	HFGZ	207	154
	Biomedizinische/r Analytiker/in HF	HFGZ	23	13
	Rettungssanitäter/in HF	Sirmed, Nottwil**	11*	13*
Sekundarstufe II	Medizinische Praxisassistentin EFZ	Berufskanton Luzern (Lehrtort)	49	42
	Fachmann/-frau Gesundheit EFZ	Berufskanton Luzern (Lehrtort)	247	181
	Fachmann/-frau Betreuung EFZ	Berufskanton Luzern (Lehrtort)	103	90
	Behindertenbetreuung		27	21
	Betragtenbetreuung		24	36
	Kinderbetreuung		48	32
	Generalistische Ausbildung		4	1

Quelle: BFS, Schweizerisches Hochschulinformationssystem und Bildungsstatistiken; Jahresbericht der HFGZ

* Zahlen 2011

** Schweizer Institut für Rettungsmedizin.

12.6.2 Erteilte Berufsausübungsbewilligungen

Die meisten Inhaberinnen und Inhaber von Berufsausübungsbewilligungen (BAB) nicht universitärer und nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe im Kanton Luzern üben ihre Tätigkeit in der Physiotherapie, der Psychotherapie, der Pflege und in der Akupunktur aus. 30 Prozent aller BAB-Inhaberinnen und -Inhaber im Kanton sind zwischen 51 und 60 Jahre alt. Dies ist im Hinblick auf die nächsten 5 bis 15 Jahre mitzubetrachten.

Eine Berufsausübungsbewilligung (BAB) berechtigt zur fachlichen, selbständigen und gewerbsmässigen Ausübung des entsprechenden Berufes im Kanton Luzern. Dies gilt unabhängig davon, ob die Tätigkeit selbständig erwerbend oder im Angestelltenverhältnis ausgeübt wird. Erst nach Vorliegen der BAB ist die Aufnahme einer Praxistätigkeit gestattet.

Zu unterscheiden ist die BAB von einer Zulassung zur Leistungserbringung für eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kassenzulassung). Für die Erteilung der Kassenzulassung ist die Sasis AG zuständig.

In der folgenden Tabelle sind die meisten Gesundheitsberufe aufgelistet, welche eine Ausübungsbewilligung erfordern. Aufgeführt wird die Anzahl BAB-Inhaberinnen und -Inhaber je Berufsgruppe im Kanton Luzern per Ende 2013 und die vom Kanton neu erteilten BAB in den Jahren 2012 und 2013.

Tabelle 63: Berufsausübungsbewilligungen im Kanton Luzern, Anzahl und Neuerteilungen

Beruf*	Anzahl BAB-Inhaberinnen und -Inhaber per 31.12.2013	Neu erteilte BAB in den Jahren 2012 und 2013
Akupunktur	233	Neuerteilungen: 29 Erneuerungen: 63
Augenoptik	105	4
Chiropraktik	22	2
Ergotherapie	43	11
Ernährungsberatung	16	2
Fusspflege/Podologie	77	2
Hebammen	108	14
Laborleitung	8	2
Logopädie	26	1
Medizinischer Masseur/Masseurin	76	26
Organisation der Ergotherapie	6	5
Organisation der Physiotherapie	9	4
Osteopathie	17	5
Pflegefachpersonen	241	43
Physiotherapie	315	19
Psychotherapie	254	27
Rettungssanität	1	0
Transport-/Rettungsunternehmen	2	1
Total	1559	260 (inkl. Erneuerungen Akupunktur)

Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

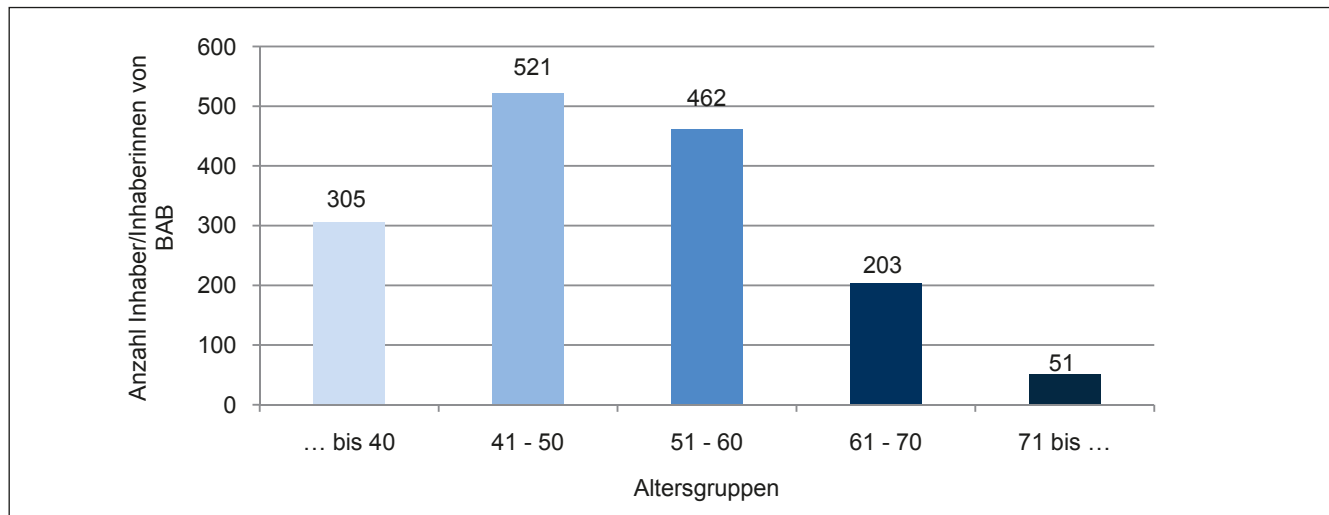
* Exklusive Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker, Zahntechnikerinnen/Zahntechniker, Dentalhygienikerinnen/Dentalhygieniker, Drogisten/Drogistinnen.

Die Anzahl BAB je Berufsgruppe zeigt deutlich, dass eine grosse Anzahl von BAB in der Physiotherapie, der Akupunktur, der Psychotherapie und in der Pflege besteht. Diese Gesundheitsbereiche sind es auch, die im Kanton Luzern in den letzten paar Jahren stark an Bedeutung gewonnen haben.

Auch bei der Neuerteilung von BAB (inkl. Erneuerungen bei der Akupunktur) in den Jahren 2012 und 2013 sind es wiederum die oben genannten Berufsgruppen, die die höchsten Zahlen aufweisen. Auffallend und dem Trend entsprechend ist auch die grosse Anzahl der neu erteilten BAB bei den Medizinischen Masseurinnen und Masseuren.

Werden die Altersgruppen der oben aufgeführten 1542 BAB-Inhaberinnen und -Inhaber⁸¹ näher analysiert, fällt gemäss der Abbildung 38 auf, dass 462 Personen (also 30%) 51 bis 60 Jahre alt sind. Es gilt also, diese Fachpersonen in den nächsten 5 bis 15 Jahren adäquat zu ersetzen, da diese in diesem Zeitraum pensioniert werden.

Abbildung 38: Anzahl Inhaberinnen und Inhaber von BAB im Kanton Luzern, per Ende 2013, nach Altersgruppen



Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

12.7 Ambulanter Notfalldienst

Die ambulanten Notfalldienste werden im Kanton Luzern durch die jeweiligen Berufsverbände (Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Luzerner Zahnärzte-Gesellschaft, Luzerner Apotheker-Verein) geregelt. Der ärztliche Notfalldienst ist regional organisiert, wobei das Kantonsgebiet in vier Notfallkreise unterteilt ist.

Der ärztliche (somatische) Notfalldienst ist lückenlos gewährleistet. Der psychiatrische Notfalldienst ist indes noch lückenhaft; Massnahmen und Verbesserungen sind bereits vorgeschlagen.

Informationen zu den Rettungsdiensten und zum Sanitätsnotruf 144, der bei Unfällen und in akuten lebensbedrohlichen Situationen von jeder Person angefordert werden kann, sind im Kapitel 13 «Spezialthemen der Gesundheitsversorgung» zu finden.

Gemäss dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 [SR 811.11]), dem kantonalen Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005 (SRL Nr. 800) sowie der kantonalen Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28. April 2009 (SRL Nr. 805) sind Personen, die einen universitären Medizinalberuf fachlich, selbständig und gewerbsmässig ausüben, beistandspflichtig und in Notfällen grundsätzlich verpflichtet, sich persönlich an einem Notfalldienst zu beteiligen.⁸² Diese Dienste werden durch die Berufsverbände geregelt (Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Luzerner Zahnärzte-Gesellschaft, Luzerner Apotheker-Verein). Dabei ist der Notfalldienst so zu organisieren, dass er innert einer angemessenen Zeit beansprucht werden kann. Die Berufsverbände sind ermächtigt, bei Medizinalpersonen, welche keinen Notfalldienst leisten, eine zweckgebundene Ersatzabgabe zu erheben.

Für die Bereiche Psychiatrie (Stadt Luzern), Ophthalmologie (Augenheilkunde) und Gynäkologie besteht ein separater Notfalldienst.

Die Ärztegesellschaft des Kantons Luzern organisiert den ambulanten Notfalldienst im Kanton Luzern und hat dazu ein Reglement über den ärztlichen Notfalldienst erlassen.⁸³ Unter anderem sind darin die Gebietseinteilung und die Organisation der Notfalldienstkreise geregelt. Das Luzerner Kantonsgebiet wird dabei in vier Notfalldienstkreise unterteilt:

- Luzern und Agglomeration (Notfallpraxis Luzern),
- Sempach/Sursee/Wiggertal (Notfallpraxis Sursee),
- Wolhusen/Entlebuch/Willisau/Hinterland (Notfallpraxis Wolhusen),
- Hochdorf.

Die Gemeinden Weggis, Greppen, Vitznau sowie Meierskappel sind den Kantonen Schwyz beziehungsweise Zug angeschlossen.

Der ärztliche Notfalldienst ist regional organisiert. Bei Notfällen ausserhalb der üblichen Sprechstundenzeit wurde im Kanton Luzern ein Notfalldienst mit einer kostenpflichtigen Notfallnummer eingerichtet (0900 11 14 14; Fr. 3.23/Min.; Stand Februar 2015). Ärztinnen und Ärzte haben bei Praxisabwesenheiten, die länger als vier Tage dauern (z.B. Ferienabwesenheiten) eine Vertretung zu organisieren.

⁸¹ Exkl. Organisation der Ergotherapie, der Physiotherapie, der Rettungssanität und der Transport- und Rettungsunternehmen.

⁸² Artikel 40 Medizinalberufegesetz, § 32 Gesundheitsgesetz, § 9 Verordnung über die universitären Medizinalberufe.

⁸³ In Kraft seit 1. Januar 2009 (aktuellste Version vom 17. September 2013).

Beim psychiatrischen Notfalldienst bestehen im Gegensatz zum somatischen Notfalldienst im Kanton Luzern. Die Organisation des notfallpsychiatrischen Dienstes wird gemäss dem kantonalen Gesundheitsgesetz ebenfalls durch die kantonale Ärztesgesellschaft geregelt. Die Ärztesgesellschaft hat mit der Vereinigung der Psychiaterinnen und Psychiater des Kantons Luzern (VPLU) ein Notfallreglement erstellt. Die VPLU verpflichtet sich darin, einen notfallpsychiatrischen Hintergrunddienst zu gewährleisten, der während 24 Stunden an 365 Tagen erreichbar ist. Ausrückungspflicht besteht jedoch nur nachts, an Wochenenden und an Feiertagen. Der notfallpsychiatrische Hintergrunddienst ist auf die Stadt Luzern und deren Agglomeration beschränkt. Weiter besteht für die Luzerner Landschaft ein durch die VPLU und die Lups gemeinsam geführter dringlicher Konsiliardienst. Den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Versorgungssektor Luzerner Landschaft können damit an Werktagen innert 48 Stunden psychiatrische Konsilien angeboten werden.

Um die bestehenden Lücken zu schliessen, wird ein netzwerkartiger Einsatz mit einer während 24 Stunden betriebenen Telefonnummer vorgeschlagen. Damit sollen Betroffene und Angehörige bei Bedarf beraten werden. Es soll zudem bei Bedarf innert 24 Stunden ein Konsilium bei einem Psychiater ermöglicht werden. Klinikeinweisungen sind wie bisher immer möglich. Ob und ab wie vielen Minuten die telefonische Beratung kostenpflichtig sein soll, ist noch offen. Tagsüber soll die Telefonnummer von der Anmeldung und Triagestelle der Lups bedient werden, nachts vom diensthabenden Arzt oder von der diensthabenden Ärztin.

12.8 Fazit zur ambulanten Versorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern ist flächendeckend adäquat gewährleistet. Sie hat stark an Bedeutung gewonnen.

Zentrale Herausforderungen in der Zukunft sind der sich abzeichnende Ärzte- und Pflegepersonalmangel. Hier sind verschiedene Massnahmen gefragt, und zwar auf nationaler, kantonaler sowie auch auf betrieblicher Ebene. Gegen den Ärztemangel hat der Kanton Luzern geeignete Massnahmen ergriffen (Praxisassistenzenprogramm usw.). Und angesichts des Mangels an Pflegepersonal hat der Kanton ein erhebliches Interesse daran, dass genügend Pflegefachpersonen ausgebildet werden.

In den letzten Jahren hat die ambulante Gesundheitsversorgung in Ergänzung zu den stationären Versorgungsleistungen in vielen Bereichen stark an Bedeutung gewonnen, so auch im Kanton Luzern. Sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Personen und Strukturen haben im ambulanten Sektor für die Leistungserbringung eine zentrale Rolle eingenommen, dies aufgrund des veränderten Angebots- und Nachfrageverhaltens.

Bei der praktizierenden Ärzteschaft weist der Kanton Luzern im schweizerischen Vergleich eine relativ tiefe Ärztedichte auf, obwohl auch im Kanton die Zahl der Ärztinnen und Ärzte stets angestiegen ist. Auffallend sind vor allem die unterschiedlichen regionalen Ausprägungen: In den Wahlkreisen Hochdorf, Willisau und Entlebuch ist eine im Kantonsvergleich relativ tiefe Dichte zu verzeichnen. Dagegen ist diese in der Stadt Luzern hoch. Darauf gilt es künftig, das Augenmerk zu richten.

Daneben ist zu beachten, dass ein beträchtlicher Teil der praktizierenden Ärzteschaft 55 Jahre und älter ist, wobei viele davon in den Fachgebieten der Pädiatrie und Psychiatrie tätig sind. Erfreulicherweise steigt im Kanton Luzern die Anzahl Ärztinnen. Dies hat aber auch zur Folge, dass die zunehmende Teilzeitarbeit, die vor allem bei Frauen verbreitet ist, zu einem gesteigerten Bedarf an Ärztinnen und Ärzten führt.

Gegen den drohenden Ärztemangel hat der Kanton Luzern verschiedene Massnahmen ergriffen, wie zum Beispiel das seit dem Jahr 2012 eingeführte Praxisassistenzenprogramm oder die Schaffung eines Institutes für Hausarztmedizin. Aber auch im Bereich der Pflege, wo der Pflegebedarf stärker wächst als das Rekrutierungsfeld der Pflegenden, wurden nationale, kantonale sowie auch (über) betriebliche Massnahmen gegen den Fachkräftemangel ergriffen.

Auf die Spitex wurde im vorliegenden Planungsbericht kurz eingegangen. Die Spitex leistet als spitalexterne Hilfe und Pflege zu Hause einen sehr grossen Beitrag in der Versorgungskette. Immer mehr Personen nehmen pflegerische Leistungen einer Spitex-Organisation in Anspruch. Auch der Pflegeaufwand pro Person hat stark zugenommen. Die grösste Herausforderung für die Spitex stellt die Zunahme der chronischen Krankheiten und der Mehrfacherkrankungen dar.

Die relativ tiefe öffentliche Apothekendichte im Kanton Luzern ist im Zusammenhang mit der Selbstdispensationsmöglichkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sehen. Die 37 öffentlichen Apotheken sind im ganzen Kanton Luzern verteilt, wobei fast die Hälfte ihren Standort in der Stadt Luzern hat. Ergänzend dazu nehmen die 39 Drogerien im Kanton eine wichtige Rolle bei der dezentralen medizinischen Versorgung der Bevölkerung mit nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln ein. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die pharmazeutische Gesundheitsversorgung durch Apotheken und Drogerien für den Kanton Luzern gesichert ist.

Die gute Versorgungslage der Luzerner Bevölkerung gilt auch für die Zahnmedizin (mit 193 Zahnarztpraxen und 339 Zahnärztinnen und Zahnärzten mit BAB). Hier stellen die Überalterung der Bevölkerung sowie der rasante Strukturwandel in der zahnmedizinischen Grundversorgung (Zentren und Gruppenpraxen) die grössten Herausforderungen dar. Trotz der zurzeit hohen Zahnärztedichte haben vornehmlich ländliche Praxen zunehmend Mühe, eine Fachperson zu finden. Diese Entwicklung gilt es, in den nächsten Jahren zu beobachten.

Die Übersicht der Berufsausübungsbewilligungen bei den nichtuniversitären Gesundheitsberufen zeigt, dass im Kanton Luzern eine grosse Vielfalt an Berufen vorhanden ist. Insofern besteht im nichtärztlichen Gesundheitssektor für die Luzerner Bevölkerung ein breites ambulantes Angebot. Stark vertreten sind Fachleute aus der Physiotherapie, der Psychotherapie, der Pflege und der Akupunktur.

Die ambulanten Notfalldienste werden im Kanton Luzern durch die Berufsverbände geregelt. Der ärztliche Notfalldienst ist regional organisiert und in vier Notfallgebiete unterteilt. Dadurch ist für die Luzerner Bevölkerung eine flächendeckende, ambulante Notfallversorgung gewährleistet.

Die ambulante Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern hat abschliessend betrachtet an Bedeutung stark zugelegt, was auf verschiedene Angebots- und Nachfragefaktoren zurückzuführen ist. Dabei befinden sich die ambulanten Versorgungsstrukturen in einem dynamischen und steten Wandel, immer auch in Wechselwirkung mit der stationären Versorgungslage. Die ambulanten Leistungsanbieter werden künftig mit neuen Herausforderungen und Aufgaben konfrontiert, die es anzupacken gilt und welche die ambulanten Angebotsstrukturen verändern werden. Zentrale Herausforderungen in der Zukunft sind der sich abzeichnende Ärzte- und Pflegepersonalmangel. Hier sind auf nationaler, kantonaler sowie betrieblicher Ebene verschiedene Massnahmen gefragt.

13 Spezialthemen der Gesundheitsversorgung

13.1 Sanitätsnotruf, Rettungsdienst und notärztliche Versorgung (24-Stunden-Notarztpraxen)

13.1.1 Sanitätsnotruf 144

Die interkantonale Sanitätsnotrufzentrale 144 (SNZ 144) koordiniert die Rettungsdienste der ihr angeschlossenen Kantone Uri, Zug, Nidwalden, Obwalden, Luzern und des Bezirks Küssnacht am Rigi. Die SNZ 144 betreut rund 630 000 Einwohnerinnen und Einwohner und ist Tag und Nacht mit mindestens zwei Rettungssanitäter/innen HF in der Funktion als Disponent/in besetzt.

13.1.2 Rettungsdienste und Standorte

Der Rettungsdienst LUKS mit den drei Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen und der Rettungsdienst Seetal garantieren für über 390 000 Luzerner Einwohnerinnen und Einwohner die notfallmedizinische Versorgung. Der Rettungsdienst stellt mit über 13 000 Einsätzen pro Jahr (80% Rettungsdiensteinsätze und 20% Krankentransporte) die präklinische Patientenversorgung im Kanton Luzern sicher.

Ergänzt wird dieses Angebot durch die Rettungsdienste der angrenzenden Kantone und durch die Schweizerische Rettungsflugwacht Rega.

- Standort Luzern
Für die Stadt Luzern und die Agglomerationsgemeinden (mit etwa 200 000 Einwohnerinnen und Einwohnern) ist der Rettungsdienst des Standorts Luzern zuständig. Das Einsatzgebiet ist städtisch geprägt, betrifft aber auch ländliche Regionen (inkl. Autobahnabschnitt A2/A14 mit vielen Tunnels). Am Standort Luzern stellen rund 60 Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie 16 Notärztinnen und Notärzte die rettungsdienstliche Notfallversorgung rund um die Uhr sicher. Dabei stehen 7 Rettungswagen zur Verfügung. Das jährliche Einsatzaufkommen beträgt rund 9700 Einsätze.
- Standorte Sursee und Wolhusen
Die Stützpunkte des Rettungsdienstes mit den Standorten Sursee und Wolhusen sind innerhalb des flächenmässig grossen Versorgungsgebietes zentral gelegen, sodass ein Grossteil der Einsatzorte innerhalb einer angemessenen Zeit erreicht werden kann. Die grösste Einsatzdistanz beträgt 35 Kilometer und benötigt mit Vorlaufzeit rund 40 Minuten.
Vom Standort Sursee aus deckt der Rettungsdienst den nördlichen Kantonsteil ab. Die notfallmedizinische Abdeckung umfasst die Stadt Sursee und die ländliche Umgebung mit rund 85 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Von diesem Standort aus gewährleisten 20 Rettungssanitäterinnen und -sanitäter die Rund-um-die-Uhr-Versorgung aller Notfalleinsätze und Krankentransporte. Mit 2 Rettungswagen werden vom Standort Sursee aus jährlich rund 2000 Einsätze gefahren.
Der Wahlkreis Entlebuch und einige Gebiete des Wahlkreises Willisau werden durch den Rettungsdienst in Wolhusen abgedeckt. Die rettungsdienstliche Notfallversorgung wird durch 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleistet. Mit 2 Rettungswagen werden jährlich rund 1400 Notfalleinsätze und Krankentransporte ausgeführt.
- Einsatzstatistik Rettungsdienst LUKS (Einsatzzahlen 2009–2013)
Die Rettungsdienste Luzern, Sursee und Wolhusen leisteten im Jahr 2013 insgesamt 13 174 Einsätze, 1,5 Prozent mehr als im Vorjahr 2012. Am Standort Sursee wurden erstmals über 2000 Einsätze registriert. Beim Rettungsdienst Luzern wurden knapp 84 Prozent Primäreinsätze geleistet, was im schweizerischen Vergleich ein hoher Wert ist. Dies zeigt, dass die Einsatzfahrzeuge und Equipen prioritär für die präklinische Notfallversorgung eingesetzt werden.

Tabelle 64: Einsätze des Rettungsdienstes LUKS nach Standort, 2009–2013

Standort	2009	2010	2011	2012	2013
Luzern	8998	8842	9052	9476	9672
Sursee	1793	1840	1945	1965	2049
Wolhusen	1231	1249	1339	1429	1453
Total	12022	11931	12336	12870	13174

Datenquelle: LUKS

Der im Zeitvergleich grössere relative Anstieg der Einsätze am Standort Sursee ist einerseits auf den stärkeren Bevölkerungszuwachs der letzten Jahre in der Region Sursee/Sempachersee zurückzuführen. Andererseits besteht nun an den Standorten Sursee und Wolhusen tagsüber eine kontinuierliche Verfügbarkeit von drei (statt zwei) Teams mit entsprechendem Anstieg der Einsatzzahlen für die beiden Standorte. Vorher wurden diese Einsätze entweder vom Standort Luzern aus oder von anderen Rettungsdiensten durchgeführt.

Die Auswertung der Dringlichkeiten in der nachfolgenden Tabelle 65 zeigt, dass rund 13 Prozent der Dringlichkeit 1 (Sondersignal mit Notarzt/Anästhesie-Pflegefachperson), rund 37 Prozent der Dringlichkeit 2 (Sondersignal ohne Notarzt) und 50 Prozent der Dringlichkeit 3 (Primäreinsätze ohne Sondersignal, Sekundäreinsätze mit und ohne Sondersignal) zugeordnet sind.

Tabelle 65: Einsätze des Rettungsdienstes LUKS nach Dringlichkeit, 2009–2013

Dringlichkeit	2009	2010	2011	2012	2013
Stufe 1	1 281	1 520	1 425	1 538	1 759
Stufe 2	4 592	4 281	4 312	4 735	4 809
Stufe 3	6 149	6 130	6 599	6 597	6 606
<i>Total</i>	<i>12 022</i>	<i>11 931</i>	<i>12 336</i>	<i>12 870</i>	<i>13 174</i>

Datenquelle: LUKS

Der im Zeitverlauf grosse relative Anstieg von Einsätzen der Dringlichkeitsstufe 1 hat folgenden Hauptgrund: Mit der Einführung des Notarzt-Einsatzfahrzeuges und der zusätzlichen Notarztstellen steht der Notarzt 24 Stunden zur Verfügung. Dies widerspiegelt sich in den Einsatz-Kennzahlen der Dringlichkeitsstufe 1. Vor 2010 stand der Notarzt je nach Situation nicht für Rettungsdiensteinsätze zur Verfügung, sodass diese ohne Notarzt geleistet wurden.

– Rettungsdienst Seetal

Der Rettungsdienst Seetal mit Standort Hochdorf ist eine Organisation, welche an 365 Tagen im Jahr einen Pikettdienst für die rettungsdienstliche Notfallversorgung des Seetals (rund 30 000 Personen) aufrechterhält. Aktuell sind 42 Personen für den Rettungsdienst Seetal tätig (ärztliche und betriebliche Leitung, Rettungssanitäter/innen, Anästhesie-/Intensivpflegefachpersonal, Transporthelfer/innen). Von diesen 42 Mitarbeitenden sind 10 fest angestellt (davon 4 Studierende), die restlichen Personen sind freie Mitarbeitende.

Bei Bedarf werden die Teams im Auftrag der Sanitätsnotrufzentrale 144 auch gebiets- und kantonsübergreifend eingesetzt. Im Jahr 2013 leistete der Rettungsdienst Seetal rund 1400 Einsätze, die Tendenz ist weiter steigend.

Fazit

Die rettungsdienstliche Grundversorgung im Kanton Luzern ist flächendeckend und in allen Regionen qualitativ hochstehend. Im Bereich der notärztlichen Versorgung bei Einsätzen mit vitaler Bedrohung (Dringlichkeitsstufe 1) bestehen innerhalb des Kantons je nach Einsatzort unterschiedliche zeitliche Verfügbarkeiten und Hilfsfristzeiten für den Notarzt.⁸⁴

13.1.3 Notfallzentren und -praxen (notärztliche Versorgung)

Die notärztliche Versorgung in Notfallzentren und -praxen ist im Kanton Luzern folgendermassen gewährleistet:

- 24-Stunden-Notfalldienst in den Notfallzentren des LUKS an allen Standorten (Notfallzentren Luzern, Sursee und Wolhusen),
- 24-Stunden-Notfalldienst im Notfallzentrum der Hirslanden-Klinik St. Anna (für Erwachsene und Jugendliche ab 16 Jahren),
- Notfallpraxis LUKS: Seit August 2008 betreibt das LUKS im Spitalzentrum in Luzern in Kooperation mit der Ärztesgesellschaft des Kantons eine spitalinterne Notfallpraxis,
- Notfallpraxis Permanence Medical Center Luzern (Bahnhof Luzern): hausärztliche Notfälle.

13.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Unter *Gesundheitsförderung* werden Massnahmen verstanden, die Individuen, Gruppen und Organisationen dazu befähigen, ihre Gesundheit mittels Veränderung der Lebensstile und der Gestaltung der Lebensbedingungen zu verbessern.

Bei der *Prävention* werden Massnahmen ergriffen, die dem Aufkommen von Krankheiten vorbeugen, deren Fortschreiten eindämmen und Krankheitsfolgen minimieren.

Alle Politikbereiche haben einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Deshalb braucht es eine *gesundheitsförderliche Gesamtpolitik*, damit alle die Möglichkeit haben, ein gesundes Leben zu führen. Dabei soll jedoch auch die Eigenverantwortung jedes und jeder Einzelnen gestärkt und eingefordert werden.

Die *Fachstelle Gesundheitsförderung* ist das Kompetenzzentrum des Kantons Luzern in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Sie erarbeitet Strategien und ergreift Massnahmen zur Förderung der Gesundheit der Luzerner Bevölkerung. Damit die Fachstelle weiss, wie es um das Wohlbefinden und die Gesundheit der Luzerner Bevölkerung steht, sind die regelmässig erscheinenden *Gesundheitsberichte und -reports* von Bedeutung. Sie sind der Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen sowie gesundheitspolitische Entscheide.

Damit die Aktivitäten der Fachstelle Gesundheitsförderung gut abgestützt und vernetzt sind, wird sie durch verschiedene Gremien begleitet. Es handelt sich dabei um die Politische Steuergruppe unter der Leitung von Regierungsrat Guido Graf, Vorsteher Gesundheits- und Sozialdepartement, und die von unserem Rat eingesetzte Kantonale Kommission Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Fachstelle Gesundheitsförderung beachtet den gesellschaftlichen Wandel und fokussiert sich vor allem auf die folgenden Schwerpunkte:

⁸⁴ Siehe dazu schriftliche Antwort unseres Rates auf die Anfrage A 382 von Marlis Roos Willi zur Reorganisation des Rettungsdienstes am Luzerner Kantonsspital (LUKS) vom 18. Juni 2013.

Abbildung 39: Die vier Schwerpunkthemen der Fachstelle Gesundheitsförderung



Quelle: Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

Im Weiteren werden in einem Rahmenkonzept die *Grundsätze* und die *strategische Ausrichtung* der Fachstelle Gesundheitsförderung geregelt, Prioritäten festgelegt und die Arbeitsweise bestimmt.

Wichtige Grundsätze zu Selbstverständnis und Aufgabe der Gesundheitsförderung:

Selbstbestimmung

Konzepte und Projekte der Fachstelle Gesundheitsförderung sind darauf ausgerichtet, die Selbstbestimmung und die Eigenverantwortung weiterzuentwickeln und auf die Verhältnisse so einzuwirken, dass alle dazu befähigt werden, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen.

Chancengleichheit

In allen Aktivitäten und Projekten der Fachstelle wird systematisch und konsequent darauf geachtet, dass alle Bevölkerungsgruppen unabhängig von Bildungsstand, Nationalität, Geschlecht und ökonomischer Situation von den Angeboten profitieren können. Projekte und Programme sollen die Chancengleichheit positiv beeinflussen.

Partizipation

Projekte und Programme der Fachstelle Gesundheitsförderung berücksichtigen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bevölkerungsgruppen. Der Einbezug der jeweiligen Zielgruppe wird bereits in der Konzeption und Planung der Massnahmen berücksichtigt.

Vernetzung

Die Verantwortung für Gesundheit liegt nicht allein beim Gesundheitsbereich, sondern bei allen Politikbereichen (Bildung, Soziales, Umwelt, Raumplanung usw.). Die Fachstelle Gesundheitsförderung strebt eine bereichs-, disziplinen-, hierarchiestufen-, institutionen- und projektübergreifende Zusammenarbeit an.

Konzentration auf Lebenswelten

Die Fachstelle Gesundheitsförderung setzt dort an, wo Menschen leben, lernen und arbeiten (z.B. Gemeinden, Schulen und Arbeitsplätze).

Fokus auf kritische Lebensphasen und Lebensübergänge

Die Fachstelle richtet die Aufmerksamkeit insbesondere auf spezifische Gruppen sowie Lebensphasen und -übergänge (z.B. Adoleszenz, Mutter-/Vaterschaft, Pensionierung), die mit besonderen Risiken verbunden sind.

Sportförderung

Der Sport hat im Kanton Luzern einen wichtigen Stellenwert. Die Bedeutung von Bewegung und Sport wird hoch eingeschätzt: als Mittel zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Erwachsenen, als Mittel zur Integration und als Mittel zur Entfaltung individueller Potenziale. Die Förderung von Bewegung und Sport in Bezug auf die Bevölkerung des Kantons Luzern stellt eine sinnvolle und notwendige Investition in die Zukunft dar. So gehören der freiwillige Schulsport, die lokalen Bewegungs- und Sportnetze, die Nachwuchsförderung, aber auch der Erwachsenensport neben dem Bundesauftrag im Bereich Jugend und Sport (J+S) zu zentralen Aufgaben der Sportförderung im Kanton Luzern.

Die Abteilung Sportförderung kümmert sich um sämtliche Belange des ausserschulischen Sports, leitet die Organisation J+S, organisiert Sportlager für Jugendliche und berät alle an J+S und dem Freizeitsport interessierten Personen, Sportverbände und Jugendorganisationen.

Das Gesetz über die Förderung von Sport und Bewegung (Kantonales Sportförderungsgesetz) vom 9. Dezember 2013 (SRL Nr. 804a) regelt den Vollzug der Sportförderungsgesetzgebung des Bundes sowie die Förderung von Sport und Bewegung durch den Kanton Luzern. Dieses Gesetz ist seit dem 1. Juli 2014 in Kraft.

13.3 Infektionskrankheiten und Impfprogramme

Im Bereich Infektionskrankheiten trifft der Kanton Vorkehrungen, um die Bevölkerung vor natürlich auftretenden, versehentlich oder willentlich freigesetzten Krankheitserregern zu schützen, Risiken frühzeitig zu erkennen und die Auswirkungen von Ausbrüchen und Epidemien übertragbarer Krankheiten im Kanton Luzern einzudämmen. Dies geschieht durch die Prävention sowie Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit im Kanton Luzern darstellen; dies in Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kantonen, den internationalen Gesundheitsbehörden, der Ärzteschaft, Gesundheits- und Bildungsinstitutionen sowie weiteren Partnern.

Folgende Schwerpunktthemen stehen im Vordergrund:

Prävention

Durch gezielte präventive Massnahmen wie Schulimpfprogramme und einer zielgruppengerechten Aufklärung der Bevölkerung zu übertragbaren Krankheiten werden Krankheitsfälle vermieden oder reduziert, was Leiden und Kosten mindert.

Unser Rat hat im Auftrag Ihres Rates zur Verbesserung der Durchimpfung den Auftrag erteilt, die freiwilligen und für die Kinder und Jugendlichen kostenlosen Schulimpfungen im Schuljahr 2013/14 wieder einzuführen. Zudem können sich junge Frauen im Rahmen des Luzerner HPV-Impfprogramms kostenlos gegen Gebärmutterhalskrebs impfen lassen.

Überwachung und Früherkennung von Infektionserkrankungen

Die Analyse und Bewertung der Überwachungsdaten im Rahmen des gesetzlichen Auftrags des obligatorischen Meldewesens gehören zu den wesentlichen Grundlagen von Präventions- und Bekämpfungsprogrammen von Bund und Kantonen. Durch dieses Überwachungssystem können Bedrohungen für die Bevölkerung rasch erkannt und in Zusammenarbeit mit Bund, Kantonen, nationalen Referenzzentren und der Ärzteschaft effiziente Massnahmen ergriffen werden.

Pandemieplanung

Pandemiepläne sind wichtige Planungsinstrumente im Hinblick auf eine drohende Pandemie und sollen eine Hilfestellung für die internationale, nationale und regionale Koordination von Aktivitäten zur Vorbereitung oder Bewältigung einer Pandemie liefern. Die kantonalen Pandemiepläne werden regelmässig in Zusammenarbeit mit beteiligten Partnern, die einen Bezug zum Entwurf des Influenza-Pandemieplans Schweiz des Bundesamtes für Gesundheit haben, aktualisiert.

Infektionen durch lebensmittelassoziierte Erreger einschliesslich Zoonosen

Erreger, die vom Tier auf den Menschen übertragen werden (Zoonosen), sind von grosser Relevanz für die öffentliche Gesundheit. Lebensmittelbedingte Infektionen beim Menschen, die durch Zoonosen (vom Tier auf den Mensch übertragbare Keime, zum Beispiel Salmonellen, Campylobacter) verursacht sind, machen einen wesentlichen Teil der meldepflichtigen Erkrankungsfälle aus. Grosse Ausbrüche wie im Jahr 2011 in Deutschland, als mehr als 4000 Menschen erkrankten und 53 Menschen an den gefährlichen EHEC-Bakterien starben, könnten auch im Kanton Luzern auftreten.

Nosokomiale Infektionen⁸⁵

Im Zusammenhang mit medizinischen Massnahmen können Infektionen mit Komplikationen auftreten. Ziel der Prävention ist es, diese Infektionen sowie insbesondere Erreger mit spezifischen Resistenzen und Multiresistenzen sicher und frühzeitig zu erkennen und deren Weiterverbreitung zu verhindern.

Sexuell übertragbare Infektionen

Seit dem Beginn der HIV/Aids-Epidemie Anfang der 80er-Jahre gehören Analyse und Bewertung der Surveillance- und Überwachungsdaten zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (sexually transmitted infections; STI) zu den wesentlichen Grundlagen von Präventions- und Bekämpfungsprogrammen von Bund und Kantonen. Bei HIV bestätigt sich für die Schweiz und den Kanton Luzern der mehrjährig stabile bis leicht rückläufige Trend. Andere bakterielle Infektionskrankheiten verzeichnen aber seit einigen Jahren eine stark steigende Tendenz. Vor allem Meldungen bei Gonorrhö und Chlamydiose nehmen weiterhin stark zu, während im Jahr 2013 leicht weniger Syphilis-Meldungen als im Jahr 2012 eingegangen sind.

Infektionen bei alten Menschen

Die demografische Entwicklung weist auf eine deutliche Zunahme des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung hin. In dieser Altersgruppe ist auch die Zahl von chronischen Grunderkrankungen, die das Auftreten von Infektionen einschliesslich solcher mit multiresistenten Bakterien begünstigen, höher als bei der jüngeren Bevölkerung. Von diesen älteren Menschen wiederum lebt ein grosser Anteil in Heimen oder wird durch ambulante Pflegedienste versorgt. Ziel ist es, zur Vermeidung dieser Infektionen und der Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen beizutragen, und zwar durch Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten Konzepten für die Prävention von Infektionskrankheiten.

Migration und Infektionskrankheiten

Im Rahmen der öffentlichen Gesundheit soll dem Zugang von Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsversorgung und ihrer Belastung durch Infektionskrankheiten Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dies bedeutet, dass Programme zur Krankheitsprävention und -bekämpfung den unterschiedlichen Herkunftsländern der Migrantinnen und Migranten und der Epidemiologie von Infektionskrankheiten gerecht werden sollten.

⁸⁵ Krankenhausinfektionen.

Ausblick

Anhand der beschriebenen Schwerpunktthemen und -massnahmen wird die Gesundheit der Luzerner Bevölkerung in den nächsten Jahren noch verstärkter geschützt. Eine besondere Bedeutung kommt dabei den präventiven Schulimpfprogrammen zu. Im Rahmen der Pandemieplanung bestehen regelmässig aktualisierte Grundlagen, um bei Ausbrüchen und Epidemien in Zusammenarbeit mit den mitverantwortlichen Partnern adäquat handeln zu können.

Für Apothekerinnen und Apotheker besteht bereits heute die Möglichkeit, privatrechtliche Fähigkeitsausweise für niederschwelligere Impfangebote zu erwerben. Im Rahmen des zu überarbeitenden Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) werden die Apothekerinnen und Apotheker diese Fähigkeit bereits im Studium erwerben.

13.4 Langzeitpflege und Überbrückungspflege

Für die stationäre Langzeitpflege besteht eine separate Planung. Auf diese wird in diesem Bericht nicht eingegangen.

Im Rahmen eines Pilotprojekts wurde im Haus für Pflege und Betreuung Seeblick in Sursee eine Überbrückungspflege geschaffen. Spitalpatientinnen und -patienten, die nicht mehr spitalbedürftig sind und zurzeit über keinen Pflegeheimplatz verfügen, können so ohne Verzögerung in das Haus Seeblick verlegt werden.

Im Jahr 2010 wurde als Grundlage für die Alterspolitik des Kantons Luzern ein Altersleitbild⁸⁶ erstellt und von unserem Rat genehmigt. In Bezug auf dieses Altersleitbild hat die Dienststelle Soziales und Gesellschaft die Federführung. Im Altersleitbild sind die verschiedenen Handlungsfelder und Wirkungsziele (Wohnen, Information, Dienstleistungen und Pflege, Qualitätssicherung, finanzielle Sicherheit im Alter usw.) festgehalten.

Auf die stationäre Langzeitpflege (inkl. Spezialpflege und Akut- und Übergangspflege) wird im vorliegenden Planungsbericht nicht eingegangen, weil es dazu bereits eine separate Planung gibt. Zusätzlich gibt es weitere Projekte (z. B. die Erarbeitung einer kantonalen Demenzstrategie), die wiederum Einfluss auf die Pflegeheimplanung haben.

Die Langzeitpflege(planung) befasst sich insbesondere mit folgenden Themen:

- Pflegeheimplanung,
- Pflegeheimliste⁸⁷,
- Pflegeheimfinanzierung,
- Revision des Pflegefinanzierungsgesetzes,
- Demenzerkrankungen/nationale Demenzstrategie,
- Palliative Care,
- Transitstation/Überbrückungspflege.

Die *Überbrückungspflege* stellt ein *neues Projekt* im Zusammenhang mit dem Übertrittsprozess vom Spital in ein Pflegeheim dar. Die Überbrückungspflege wird ergänzend und gemeinsam mit der Akut- und Übergangspflege angeboten, die mit 10 Betten bereits im Jahr 2011 gemäss einem Auftrag unseres Rates eröffnet wurde. Die Pflegeheime haben ein Interesse an einer möglichst hohen Auslastung, da diese keine Abgeltung für Vorhalteleistungen erhalten. Deshalb kann es vorkommen, dass für Spitalpatientinnen und -patienten nicht immer rechtzeitig ein Pflegebett in der gewünschten Gemeinde zur Verfügung steht. Dies verursacht bei den Spitälern unnötig hohe Kosten, die durch die Fallpauschalen nicht gedeckt sind.

Im Rahmen eines Pilotprojekts wurde im Seeblick Sursee (Haus für Pflege und Betreuung) eine Überbrückungspflege geschaffen. Spitalpatientinnen und -patienten, die nicht mehr spitalbedürftig sind, können bei fehlendem oder bei einem nicht geeigneten Pflegeheimplatz in der Wohnsitzgemeinde ohne Verzögerung in das Haus Seeblick verlegt werden. Die Wohnsitzgemeinde verpflichtet sich in einem Beitrittsvertrag, dem Haus Seeblick die zusätzlichen Kosten zu vergüten. Diese entstehen vor allem wegen der kurzfristig sehr unterschiedlichen hohen Auslastung.

Insgesamt darf bisher ein positives Fazit gezogen werden, sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Akutspital, das durch das Angebot der Überbrückungspflege entlastet wird. Eine erste Auswertung vom 1. August 2014 bis 31. Januar 2015 zeigt, dass die Auslastung zusammen mit der Akut- und Übergangspflege 83 Prozent beträgt und somit das angepeilte Ziel von 80 Prozent erreicht wurde. Anzumerken ist allerdings, dass die Auslastung im zeitlichen Verlauf sehr unterschiedlich hoch war.

Ende April 2015 haben die verantwortlichen Akteure entschieden, das Pilotprojekt in der bisherigen Form um ein Jahr zu verlängern, wobei das Angebot wie bisher laufend evaluiert und bei Bedarf angepasst werden soll. Bis Ende März 2016 werden sich die Akteure verständigen, wie es nach Abschluss des zweiten Betriebsjahres weitergehen soll.

13.5 Palliative Care

Die palliative Betreuung und Begleitung von Schwerkranken hat zum Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu verbessern sowie physische, psychische und soziale Probleme zu lindern.

Die Palliative Care gehört zur Basisversorgung. Im Kanton Luzern hat sich diesbezüglich ein breites und gutes Versorgungsangebot entwickelt und etabliert. Für die Spitäler, die Ärzteschaft, die Spitex und die Pflegeheime gehört die Betreuung unheilbar Kranker seit jeher zu den Kernaufgaben. Zudem leisten viele weitere Institutionen und Freiwillige wertvolle Arbeit.

Als spezialisierte Palliative-Care-Angebote sind zu nennen: Die Schwerpunktabteilungen in den Spitälern LUKS und der Hirslanden-Klinik St. Anna, die Palliativstation im Betagtenzentrum Eichhof und der mobile Palliativdienst der Spitex Stadt Luzern (Brückendienst). Zudem ist ein Hospiz Zentralschweiz geplant.

Die Zahl der Palliativpatientinnen und -patienten wird aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts zunehmen. Um dem Wunsch nach einer besseren Betreuung zu Hause besser gerecht zu werden, sind für die nächsten Jahre verschiedene Massnahmen geplant (Stärkung der mobilen Palliativdienste und der Freiwilligenarbeit usw.).

⁸⁶ Siehe auch: www.disg.lu.ch/alter_altersleitbild_2010.pdf.

⁸⁷ Pflegeheimplanung und -liste, siehe: www.lu.ch/verwaltung/GSD/gsd_publicationen/gsd_pflegeheimliste.

Die Palliative Care ist ein umfassender Betreuungsansatz von Schwerkranken, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind. Die palliative Betreuung und Begleitung verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Durch vorbeugende und therapeutische Massnahmen werden Schmerzen gelindert und andere physische, psychische und soziale Probleme angegangen. Palliative Care wird vorausschauend mit einbezogen. Ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Heilung der Krankheit nicht mehr möglich ist.

Der Grundsatz einer optimalen Palliativmedizin, Pflege und Betreuung ist im kantonalen Gesundheitsgesetz (SRL Nr. 800) festgehalten. In § 25 Absatz 2 des Gesundheitsgesetzes ist aufgeführt, dass unheilbar kranke und sterbende Menschen den Anspruch auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege haben.

Der Verein «Palliativ Luzern» wurde im März 2007 auf Initiative der Caritas Luzern, der Krebsliga Zentralschweiz und der Luzerner Vereinigung für die Begleitung Schwerkranker gegründet. Der Verein ist Ansprechpartner für den Kanton Luzern in Fragen rund um die Palliativversorgung. Im Auftrag des Gesundheits- und Sozialdepartementes (GSD) hat der Verein ein Gesamtkonzept für die Palliative Care im Kanton ausgearbeitet, welches im Jahr 2009 vorgestellt wurde. Aus dieser Bestandsaufnahme wurden organisatorische Massnahmen abgeleitet (Schaffung einer zentralen Geschäftsstelle sowie Optimierung der ambulanten palliativen Betreuung in den ländlichen Regionen ausserhalb der Stadt und Agglomeration).⁸⁸

Der Verein «Palliativ Luzern» bezweckt, den Betroffenen und Interessierten wichtige Informationen über die Palliativversorgung zugänglich zu machen, die verschiedenen Angebote der Palliative Care im Kanton Luzern besser zu vernetzen, die Weiter- und Fortbildung auf diesem Gebiet zu fördern sowie die Öffentlichkeit und die Politik über die Anliegen und Probleme betreffend Palliative Care im Kanton besser zu informieren.

Zur Umsetzung hat der Verein im Juli 2013 eine Geschäftsstelle in Luzern eröffnet, die als Anlaufstelle für Auskünfte rund um die Palliativversorgung zur Verfügung steht (Information, Koordination, Beratung). Grosser Wert wird dabei auf den Kontakt und die Vernetzung mit wichtigen Akteuren der Palliativversorgung im Kanton Luzern gelegt. Die Geschäftsstelle wird über den Zweckverband für institutionelle Sozialhilfe (ZiSG)⁸⁹ finanziert. Zudem hat das GSD im Frühling 2013 den Verein «Palliativ Luzern» beauftragt, eine vertiefte Bedarfsabklärung betreffend die mobilen Palliative-Care-Dienste durchzuführen.⁹⁰

13.5.1 Versorgungsstand im Kanton Luzern

Die Palliative Care gehört zur Basisversorgung. Im Kanton Luzern hat sich diesbezüglich ein breites und häufig auch sehr gutes Versorgungsangebot entwickelt und etabliert. Für die Spitäler, die Ärzteschaft, die Spitex und die Pflegeheime gehört die Betreuung unheilbar Kranker seit jeher zu den Kernaufgaben. Zudem leisten viele weitere Institutionen und Freiwillige wertvolle Arbeit.

Folgende spezialisierte Palliative-Care-Angebote haben sich im Kanton Luzern etabliert:

- Schwerpunktabteilung Palliative Care im Departement Medizin des LUKS in Luzern: Die Abteilung ist mit 8 Betten dotiert. Die Auslastung ist sehr hoch. Bei Engpässen werden die Patientinnen und Patienten auf anderen Stationen aufgenommen und dort von der Schwerpunktabteilung mitbetreut. Weiter übernimmt die Schwerpunktabteilung den spitalinternen palliativen Konsiliardienst für «End of Life Care»-Situationen auf allen Spitalabteilungen.
- Das LUKS in Sursee bietet variabel 4 Palliativbetten auf einer internistischen Station an.
- Das LUKS in Wolhusen betreibt Palliativbetten nach Bedarf.
- Die Hirslenden-Klinik St. Anna verfügt über eine Schwerpunktabteilung Palliativmedizin/Onkologie mit entsprechendem Konzept. Palliativbetten werden nach Bedarf angeboten. Dieser beträgt durchschnittlich 4 bis 5 Betten.
- Das Betagtenzentrum Eichhof betreibt eine spezialisierte Palliativstation mit 7 Pflegeplätzen (Betten).
- Mobiler Palliativdienst: Der Brückendienst der Spitex Stadt Luzern ist ein spezialisiertes und interprofessionell arbeitendes Team für die Palliativversorgung von Schwerkranken, die zu Hause leben.
- In Planung: Hospiz Zentralschweiz.

13.5.2 Planung und Aktivitäten der nächsten Jahre

Der medizinische Fortschritt und die demografischen Veränderungen bewirken, dass die Anzahl Palliativpatientinnen und -patienten in den kommenden Jahren zunehmen wird:

- Der medizinische Fortschritt verlängert die Zeit zwischen einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium und dem Lebensende und führt zu einer längeren Krankheits- und Pflegephase.
- Die demografischen Veränderungen führen zu einer zunehmenden Überalterung mit einer Zunahme von unheilbaren und chronisch fortschreitenden Erkrankungen.
- Die gesellschaftliche Entwicklung führt dazu, dass eine Pflege durch die Angehörigen immer seltener möglich ist und die Betreuung somit an professionelle Anbieter delegiert werden muss.

Im Kanton Luzern sterben 47 Prozent der Bevölkerung in einem Heim, 33 Prozent in einem Spital und 20 Prozent zu Hause. Eine repräsentative Umfrage des BAG hat gezeigt, dass 75 Prozent der Bevölkerung zu Hause sterben möchten.⁹¹

⁸⁸ Der Brückendienst der Spitex Luzern übernimmt die ambulante Palliativversorgung der Stadt und Agglomeration Luzern. In den ländlichen Regionen besteht aufgrund personeller Ressourcen noch kein spezialisiertes Angebot.

⁸⁹ Der ZiSG beteiligt sich im Kanton Luzern an der Finanzierung von Organisationen und Projekten der institutionellen Sozialhilfe und Prävention im Gesundheitsbereich. Er wird je hälftig vom Kanton Luzern und von allen Luzerner Gemeinden getragen.

⁹⁰ Studie «Vertiefte Bedarfsabklärung Mobile Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern» der Hochschule Luzern.

⁹¹ GfK Switzerland (2009): Bevölkerungsbefragung Palliative Care. Im Auftrag des BAG.

Um dem Ziel einer besseren Betreuung zu Hause näher zu kommen, sind folgende Massnahmen ins Auge zu fassen:

a. Stärkung der mobilen Palliative-Care-Dienste

Verschiedene Studien zeigen, dass mobile Palliative-Care-Dienste die Chancen für Patientinnen und Patienten erhöhen, zu Hause sterben zu können.⁹² Im Jahr 2015 werden die Ergebnisse der «Vertieften Bedarfsabklärung Mobile Palliative-Care-Dienste» für den Kanton Luzern vorliegen. Sie dienen dem GSD als Entscheidungsgrundlage für die zukünftige Ausgestaltung und Finanzierung eines flächendeckenden mobilen Palliative-Care-Dienstes im Kanton. Dazu sollen auch die Planungsregionen für die Langzeitpflege mitberücksichtigt werden.

b. Stärkung der Freiwilligenarbeit in der Palliative Care

Mobile Palliative-Care-Dienste können keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleisten. Freiwillige werden nach wie vor eine wichtige Rolle bei der Realisierung des Ansatzes «ambulant vor stationär» übernehmen müssen. In diesem Zusammenhang wird die Organisation und Koordination der Freiwilligenarbeit eine Herausforderung sein.⁹³

c. Stärkung der Information und Sensibilisierung der Bevölkerung

Die Palliative Care ist oftmals ein noch kaum bekannter Begriff. Die Bevölkerung soll über die Möglichkeiten, das Angebot und den Nutzen von Palliative Care informiert sein.

d. Vernetzung der Leistungserbringer

Die Palliative Care erfordert Vernetzung und Planung. Die kleinste Einheit der palliativen Versorgung ist nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk. Ein gut funktionierendes Schnittstellenmanagement ist eine notwendige Voraussetzung, damit schwerkranke Menschen gemäss ihrem Wunsch das Lebensende vermehrt in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können.

e. Sicherung der Finanzierung von Leistungen im ambulanten Bereich, im Langzeitbereich und in der Akutmedizin

Die Finanzierung von Palliative-Care-Angeboten soll gesichert werden. Die Palliative Care ist integrierter Bestandteil einer bedarfsgerechten Grundversorgung, und ihre Leistungen sind für das öffentliche Gesundheitswesen kostengünstig. Verschiedene Studien zeigen, dass die Palliative Care neben einem nicht-monetären (bessere Lebensqualität, längere Überlebenszeit)⁹⁴ auch einen monetären Nutzen (eingesparte Gesundheitsausgaben) hat.⁹⁵ In diesem Zusammenhang gilt es zu berücksichtigen, dass die Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» teilweise eine Kostenverschiebung vom öffentlichen Gesundheitswesen zu privaten Kostenträgern verursachen würde.

f. Stärkung der Entscheidungsfindung am Lebensende

Studien zeigen, dass Behandlungskosten möglicherweise gesenkt werden können, wenn die Gestaltung des Lebensendes mit den Betroffenen eingehend diskutiert wird.⁹⁶

Gespräche über das Lebensende, eine angemessene Aufklärung über die Erkrankung, die Prognose und die Vor- und Nachteile der Behandlungsoptionen sind eine unabdingbare Voraussetzung, damit die Wünsche von Patientinnen und Patienten in die Behandlungsplanung einfließen und ihr Wille respektiert werden kann. Die Sicherung der Lebensqualität und die Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten stellt gemäss der Gesamtschau «Gesundheit 2020» des Bundesrates eine gesundheitspolitische Priorität dar.

13.6 eHealth und elektronisches Patientendossier

Unter dem Begriff «eHealth» wird der integrierte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie zur Gestaltung und Vernetzung aller Prozesse und Akteure im Gesundheitswesen verstanden. Ziel ist es, die Sicherheit und die Qualität im Gesundheitswesen zu erhöhen.

Die Grundlage stellt die nationale eHealth-Strategie dar. Basierend auf dieser Strategie und auf dem kantonalen Gesundheitsgesetz können im Kanton Luzern eHealth-Projekte durchgeführt werden. Das elektronische Patientendossier stellt das eigentliche Kernstück von eHealth dar.

Eine geplante zentralschweizerische eHealth-Plattform mit behandlungsrelevanten Daten von Patientinnen und Patienten soll Leistungserbringer künftig miteinander vernetzen.

Der Begriff «eHealth» bezeichnet den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Akteure im Gesundheitswesen. Es lassen sich folgende Stufen von eHealth unterscheiden: Information, Kommunikation, Interaktion, Transaktion und Integration. Unter dem Begriff «eHealth» werden also alle elektronischen Gesundheitsdienste zusammengefasst. Mit elektronischen Mitteln werden im Gesundheitswesen die Abläufe verbessert und die Beteiligten miteinander vernetzt – Patientinnen und Patienten, Spitäler und Pflegende, die Ärzteschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Labors, Apotheken, Versicherte, Versicherer.

Ziel ist es, die Sicherheit und die Qualität im Gesundheitswesen zu erhöhen und langfristig zur Stabilisierung der Kosten beizutragen. Für die Bürgerinnen und Bürger gilt die Aussage: «Meine Gesundheitsinfos. Zur richtigen Zeit am richtigen Ort.»

Das eher junge Fachgebiet «eHealth» befasst sich mit der Aufgabe, das Gesundheitswesen ins digitale Zeitalter zu führen. Die sehr grossen Datenmengen können nur in digitaler Weise sinnvoll geordnet werden. Elektronische Prozesse unterstützen alle Akteure in der Erfüllung ihrer Aufgaben. Immer mehr Gesundheitsdaten sind elektronisch vorhanden, wobei die unterschiedlichen Systeme der verschiedenen Akteure derzeit jedoch noch kaum vernetzt sind.

⁹² Gomes B. et al.: Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers – Review. Cochrane Collaboration 2013.

⁹³ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care. Empfehlungen für Behörden sowie interessierte Organisationen. Broschüre des BAG, der GDK und «palliative.ch» (August 2014).

⁹⁴ Temel J. S. et al.: Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733–742.

⁹⁵ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Kosteneffektivität von Palliative Care – Literaturanalyse, 2011. Vgl. auch Smith S. et al.: Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliat Med 2014; 28: 130–150.

⁹⁶ Zhang B. et al.: Health care costs in the last week of life. Associations with End-of-Life Conversations. Arch Intern Med 2009; 169: 480–488.

13.6.1 Nationale Strategie

Obschon die Kantone für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind, braucht es für die Einführung von eHealth eine nationale und grundlegende eHealth-Strategie. Bund und Kantone haben deshalb eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen und das gemeinsame Koordinationsorgan eHealth geschaffen. Daraus ist im Jahr 2006 die «Strategie eHealth Schweiz» entstanden, die eine klare Vision, verschiedene Handlungsfelder und laufend weiterentwickelte Standard- und Architektur-Empfehlungen umfasst.

Der Kanton Luzern gehört seit Jahren zu den Wegbereitern von eHealth. Der Kanton war massgeblich an der Entwicklung der schweizerischen eHealth-Strategie beteiligt und ist heute mit Regierungsrat Guido Graf im Steuerungsausschuss vertreten. Im Kanton Luzern ist es seit der Revision des Gesundheitsgesetzes im Jahr 2011 möglich, eHealth-Projekte zu realisieren. Die gesetzliche Grundlage erlaubt es, Modellversuche zur Erprobung von eHealth-Diensten durch den Kanton durchzuführen.

13.6.2 Elektronisches Patientendossier

Das elektronische Patientendossier stellt das eigentliche Kernstück der eHealth-Strategie dar. Die gesetzliche Grundlage beziehungsweise das entsprechende Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) befindet sich derzeit in der parlamentarischen Beratung. In der Gesetzesvorlage geht es dabei um die dezentrale Organisation, die Identifikation der Patientinnen und Patienten, um Zugriffsrechte und um Vorgaben zur Zertifizierung. Das Gesetz wird voraussichtlich am 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Das elektronische Patientendossier bietet einen Überblick über die wichtigsten medizinischen Daten einer Person. Umfang und Inhalt dieser Daten ist aktuell noch im Entwicklungsstadium. Es ist davon auszugehen, dass das Patientendossier in einem ersten Schritt Diagnose-, Operations- und Austrittsberichte, wichtige Laborbefunde sowie Röntgenbilder und digitale Daten anderer Untersuchungen enthalten wird. Der Nutzen eines solchen Patientendossiers zeigt sich in der Verbesserung der Qualität von Behandlungsprozessen, in der Erhöhung der Patientensicherheit und in der Effizienzsteigerung des gesamten Gesundheitssystems zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Die neue Sozialversicherungsnummer darf im elektronischen Patientendossier nicht als Personenidentifikationsnummer verwendet werden. Deshalb wird eigens eine neue, zufällig generierte Identifikationsnummer geschaffen, die keine Rückschlüsse auf die Sozialversicherungsnummer zulässt.

Die Patientinnen und Patienten entscheiden selber und freiwillig, ob für sie ein elektronisches Patientendossier erstellt und geführt wird oder nicht. Es kann niemand dazu verpflichtet werden. Die Freiwilligkeit betreffend Erstellung eines elektronischen Patientendossiers soll gemäss der Einigung in den beiden Räten auch für die Gesundheitsfachleute im ambulanten Bereich gelten. Die stationären Leistungserbringer hingegen werden zur Führung eines elektronischen Patientendossiers per Gesetz verpflichtet. Ihnen soll eine Übergangsfrist von drei Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes gewährt werden.⁹⁷

Die Umsetzung des EPDG im Kanton Luzern soll aktiv und in enger, koordinierter Zusammenarbeit vorangetrieben werden. Künftig nimmt das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) die Rolle als Schnittstelle zwischen den Leistungserbringern wahr. Das GSD hat dazu ein Koordinationsgremium geschaffen und trifft sich mindestens einmal jährlich mit allen interessierten Leistungserbringern.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist unterschiedlich weit fortgeschritten. Während die Spitäler und Kliniken bereits heute zu einem hohen Grad Dossiers von Patientinnen und Patienten elektronisch führen, dominiert in vielen Arztpraxen nach wie vor das Papier.

13.6.3 eHealth-Plattform

Eine im Sommer 2014 von den kantonalen Spitälern Luzerns und Nidwaldens eingesetzte Projektgruppe wurde beauftragt, einen Vorgehensplan eHealth (für Luzerner-Nidwaldner Spitalregion; Lunis) zu erarbeiten. Daraus ist ein Konzept entstanden, welches erstmals eine regionale Vernetzung über die Kantonsgrenzen hinaus anstrebt. Der Plan sieht ein stufenweises Vorgehen vor. In einem ersten Schritt soll die Lunis über eine eHealth-Plattform vernetzt werden, um die behandlungsrelevanten Patientendaten zwischen den einzelnen Standorten austauschen zu können. Später sollen weitere Spitäler aus der Zentralschweiz sowie Leistungserbringer (Arztpraxen, Spitex, Heime) an diese Plattform angeschlossen werden. Im ersten Halbjahr 2015 wird die erforderliche eHealth-Plattform öffentlich ausgeschrieben und danach Schritt für Schritt in Betrieb genommen.

Analog den Spitälern werden auch die übrigen Leistungserbringer Lösungen suchen müssen, wie sie die bevorstehenden Herausforderungen bezüglich Digitalisierung und Vernetzung angehen wollen. Statt dass jede Organisation für sich allein eine solche Lösung sucht, sollten übergreifende Ärzte-, Spitex- und Heim-Netzwerke entstehen, die sich gemeinsam mit der Umsetzung von eHealth befassen. Denn nur wer zumindest minimal vernetzt ist, kann seinen Beitrag zu einer nationalen Vernetzung leisten.

13.7 Interprofessionelle und neue Versorgungsmodelle

Die *interprofessionelle Zusammenarbeit* gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vor allem den nichtärztlichen und pflegerischen Berufen werden künftig neue und eigenverantwortliche Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen übertragen.

Massgebliches Kriterium für solche interprofessionellen Ansätze stellt die Qualität in der Versorgung von Patientinnen und Patienten dar.

⁹⁷ Pflegeheime und Geburtshäuser haben für die Umstellung fünf Jahre Zeit.

Zunehmend rückt in der Gesundheitsversorgung auch die *interprofessionelle Zusammenarbeit* in den Vordergrund. Abgrenzungen zwischen den Berufen und deren Tätigkeiten oder Kompetenzen verwischen zunehmend, sodass ärztliche Tätigkeiten vermehrt an nichtärztliches Personal (mehr Kompetenzen für die Pflege) und pflegerische Arbeiten und Aufgaben an das Assistenzpersonal delegiert werden. Massgebliches Kriterium für solche interprofessionelle Ansätze muss immer die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten sein.

Die optimale Betreuung von Patientinnen und Patienten über die gesamte Versorgungskette hinweg (Arzt, Spital, Rehabilitation und Spitex/Heim) nimmt an Bedeutung zu.

Die Zunahme von chronischen und das gleichzeitige Auftreten mehrerer Krankheiten bei Patientinnen und Patienten bedürfen vermehrt einer patienten- und prozessorientierten Entwicklung integrierter und interprofessioneller Versorgungsangebote. Im Fokus der Bemühungen stehen jene 10 Prozent der Patientinnen und Patienten, die bis zu 80 Prozent der Gesundheitsleistungen beanspruchen und meistens von mehreren Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie von Spitälern betreut werden (behandlungs- und kostenintensive Patientinnen und Patienten). Bei dieser Patientengruppe ist die Gefahr von fehlenden Behandlungsübergängen, Doppelspurigkeiten und unnötigen Leistungen gross. Eine gut abgestimmte und koordinierte Versorgung ist deshalb wichtig.

Angebotsseitig haben sich viele medizinische Strukturen neu formiert. Beispiele dafür sind die vermehrte Gründung von Gruppenpraxen und Gesundheitszentren. Verschiedene Aspekte spielen eine Rolle, die die Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen beeinflusst und vorangetrieben haben. Beispielsweise haben unter anderem soziodemografische Faktoren einen Einfluss auf die medizinischen Angebotsstrukturen. Die zunehmende Überalterung bei Ärztinnen und Ärzten – vor allem bei Allgemeinpraktikerinnen und -praktikern – führt dazu, dass die medizinische Grundversorgung insbesondere in bereits unterversorgten Regionen gefährdet ist. Dies kann das Entstehen von neuen Organisationsformen und Zuständigkeiten beschleunigen (z. B. zwischen ärztlichen Leistungen und pflegerischen Leistungen beziehungsweise Angeboten in den Apotheken).

Der Bundesrat hat im Januar 2013 gesundheitspolitische Prioritäten für die nächsten acht Jahre definiert. Im Handlungsfeld «Lebensqualität sichern» steht unter anderem das Ziel, «zeitgemässe Versorgungsangebote» zu fördern. Dabei wird die Bildung solcher Angebote unterstützt: von der Akutbehandlung über die Langzeitpflege bis zu Palliative Care.

Ein geeignetes Mittel im Hinblick auf die Förderung von transparenten Behandlungsabläufen in den Versorgungsnetzen stellt der verstärkte Einsatz von eHealth-Instrumenten dar, was schliesslich auch zur Erhöhung der Versorgungsqualität und der Effizienz führen soll. Dies wiederum kommt besonders denjenigen Personen zugute, die chronisch krank und aufwendig zu behandeln sind.

Im Bereich der Pflege-Expertise stellt das Advanced Practice Nursing (APN) ein mögliches Zukunftsmodell dar. Eine Pflegeexpertin APN beziehungsweise ein Pflegeexperte APN ist eine Pflegefachperson, die sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Pflege-Expertise kann in der Gesundheitsversorgung zukünftig einen bedeutenden Platz einnehmen.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) hat am 15. April 2015 den Vorentwurf zur Umsetzung einer parlamentarischen Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege verabschiedet.⁹⁸ Neu sollen die Pflegefachpersonen einen Teil der Pflegeleistungen, nämlich die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege, in eigener Verantwortung erbringen und direkt ohne den Umweg über eine ärztliche Verordnung auf Kosten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen können. Welche konkreten Leistungen die Pflegefachleute künftig ohne ärztliche Anweisung erbringen können, soll der Bundesrat auf Verordnungsstufe festlegen. Es soll sich dabei um eine abschliessende Aufzählung von Massnahmen handeln. Im Bereich der Behandlungspflege, die weiterhin ärztlich angeordnet werden muss, ist hingegen keine Änderung vorgesehen. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung verfolgt primär das Ziel, den Pflegeberuf aufzuwerten und attraktiver zu gestalten.

Der Vorentwurf für eine entsprechende Änderung des KVG war bis am 14. August 2015 in der Vernehmlassung.

14 Das Wichtigste im Überblick

Ziel dieses Planungsberichtes gemäss § 3 Absatz 3 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Luzern ist es, die Situation in der Gesundheitsversorgung für die Luzerner Bevölkerung in den verschiedenen Bereichen zu durchleuchten. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fliessen in die Umsetzung der Versorgungsplanung ein, um der Luzerner Bevölkerung weiterhin eine patientenorientierte, bedarfsgerechte, sichere und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu angemessenen Kosten zu ermöglichen. Im Fokus dieses Berichtes steht dabei der stationäre Bereich der Akutsomatik, der Psychiatrie sowie der Rehabilitation.

Der letzte Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern wurde im Jahr 2005 vom Grossen Rat zur Kenntnis genommen. Ein Rückblick auf diesen Bericht zeigt, dass die meisten der damals geplanten Massnahmen umgesetzt wurden.

– Äussere Rahmenbedingungen

Die seit dem 1. Januar 2012 geltende neue Spitalfinanzierung hat zu wesentlichen gesundheitspolitischen Veränderungen geführt. Dazu gehört die gleiche Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitälern auf der Spitalliste, die Einführung der freien Spitalwahl, die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen basierend auf einheitlichen Tarifstrukturen, der fixe Kostenteiler bei der Leistungsfinanzierung zwischen Kanton und Krankenversicherern und die Berücksichtigung der Anlagenutzungskosten neu in der Fallpauschale.

⁹⁸ Parlamentarische Initiative 11.418 «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege», eingereicht von Nationalrat Rudolf Joder.

– Kosten und Prämien

Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz sind von 2001 bis 2013 jährlich im Durchschnitt um 3,6 Prozent angestiegen, und zwar auf über 69 Milliarden Franken.

Im Jahr 2012 betrugen die *gesamten Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Kanton Luzern 1,095 Milliarden Franken*. Dies entspricht 2837 Franken pro versicherte Person im Kanton, wobei die stationären und die ambulanten Spalkosten und die ärztliche Grundversorgung mit Abstand die grössten Anteile ausmachen (zwei Drittel der OKP-Bruttokosten).

Eine erwachsene Person bezahlt im Kanton Luzern im Jahr 2015 bei einer Franchise von 300 Franken (mit Unfall) eine *monatliche Prämie von durchschnittlich 373 Franken* (2014: 355 Franken). Damit liegt die Prämie deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt von 412 Franken, auch wenn diese im Kanton Luzern in den letzten Jahren leicht überdurchschnittlich angestiegen ist.

Es wird davon ausgegangen, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts weiter anhält. Die Einflussmöglichkeiten auf die Kosten und die Kostenentwicklung sind für den Kanton sehr begrenzt. Mit der neuen Spalkfinanzierung sind die allermeisten stationären Spalkbehandlungskosten zu gebundenen Ausgaben geworden. Ab dem Jahr 2017 muss der Kanton mindestens 55 Prozent dieser Kosten übernehmen.

– Grundsätze zur Planung der Gesundheitsversorgung

Die wichtigsten *Grundsätze zur Planung zur Gesundheitsversorgung* im Kanton sind die Folgenden:

- Zentraler Aspekt der Planung ist das Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung. Das Angebot (Akutsumatik, Psychiatrie und Rehabilitation) orientiert sich am Bedarf der Bevölkerung und richtet sich nach den gesetzlichen Leistungskriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- Grundsätzlich soll jedes Spalk Leistungen anbieten dürfen, wenn gute Qualität und Wirtschaftlichkeit gewährleistet sind. Der Kanton greift nur dann steuernd ein, wenn die Gesundheitsversorgung qualitativ oder quantitativ nicht genügt. Die Patientinnen und Patienten verfügen so über eine echte Spalkwahlfreiheit.
- Unser Rat erlässt gestützt auf diese Planung eine Spalkliste und erteilt den Spalkern Leistungsaufträge. Auf dieser Grundlage schliesst das Gesundheits- und Sozialdepartement mit den Spalkern Leistungsvereinbarungen ab.
- Der Planungshorizont umfasst acht Jahre. Die Planung wird hinsichtlich neuer Bedarfsprognosen und Entwicklungen im Leistungsangebot und in der Leistungsnachfrage überprüft.

– Einflussfaktoren für den künftigen Bedarf

Der künftige Bedarf an Gesundheitsleistungen hängt stark von demografischen Einflüssen ab, wie etwa der deutlich höheren Lebenserwartung und dem prognostizierten starken Anstieg der Bevölkerungsentwicklung (10% zwischen 2015 und 2035). Weiter beeinflussen die chronischen Krankheiten, Mehrfacherkrankungen, die Anspruchshaltung der Bevölkerung, der medizinische Fortschritt und die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungsangeboten die Inanspruchnahme und den Bezug von medizinischen Leistungen.

– Spalkliste

Die Spalkliste gliedert sich in die drei Bereiche Akutsumatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Ist ein Spalk in der Spalkliste des Kantons aufgeführt, so darf es Leistungen zulasten des Katalogs der sozialen Krankenversicherung im Rahmen des bestehenden Leistungsauftrages abrechnen. Wichtige Kriterien für die Aufnahme in die Spalkliste sind die *Qualität und die Wirtschaftlichkeit*. Ein *ausserkantones* Spalk wird erst dann in die Spalkliste aufgenommen, wenn dieses in einer definierten Leistungsgruppe für die Versorgung der Luzerner Bevölkerung versorgungsrelevant, das heisst notwendig ist.

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin besteht die *Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 (SRL Nr. 865d)*.

– Stationäre Akutsumatik

Im Kanton Luzern befinden sich vier akutsumatische Spalk und ein Geburtshaus:

- Luzerner Kantonsspalk (mit den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen),
- Hirslanden-Klinik St. Anna in Luzern,
- Hirslanden-Klinik in Meggen,
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil,
- Geburtshaus Terra Alta in Oberkirch.

Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung

Über 87 Prozent der Luzerner Bevölkerung lässt sich innerkantonal in Luzerner Akutspalkern behandeln. Die *Anzahl Hospitalisierungen* von Luzernerinnen und Luzernern sind einerseits von 2005 bis 2013 um fast 14 Prozent angestiegen. Andererseits ist die *Aufenthaltsdauer* seit 2005 stets zurückgegangen. Im Jahr 2013 betrug sie noch 5,7 Tage.

In den letzten Jahren wurde eine leicht ansteigende *Hospitalisierungsrate* der Luzerner Bevölkerung beobachtet. Im Jahr 2013 betrug diese rund 121 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich beim Blick auf die gesamte Schweiz, jedoch auf deutlich höherem Niveau (2013: 144 Fälle). Mehr als die Hälfte aller Fälle der Luzerner Patientinnen und Patienten in Luzerner Spalkern sind dem allgemeinen Bereich der Grundversorgung und dem Bereich Bewegungsapparat chirurgisch zuzuordnen.

6000 Luzerner Patientinnen und Patienten liessen sich im Jahr 2013 *ausserkantonal* behandeln; davon fast ein Drittel im Kanton Aargau. Auch die Kantone Zürich und Bern – vor allem deren Universitätsspalk – wurden mit je rund 20 Prozent als Behandlungsorte ausgewählt. Ein Drittel der Luzerner Patientinnen und Patienten, die ausserkantonale Leistungen bezogen, entfielen auf den Bereich der Grundversorgung (Basispaket).

Die *Patientenströme nach aussen* zeigen, dass die Luzerner Bevölkerung aus der nördlichen und nordwestlichen Kantonsregion aufgrund der Nähe zu Grenzkantonen vermehrt ausserkantonale Leistungen beansprucht. Die Bevölkerung aus dem Wahlkreis Willisau lässt sich dreimal mehr ausserkantonale behandeln als die Stadtluzernerinnen und -luzerner.

Behandlungen in Luzerner Spitälern

81 Prozent der total 50727 Fälle in Luzerner Spitälern im Jahr 2013 gehen auf Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Kanton Luzern zurück. 75 Prozent aller Fälle in Luzerner Spitälern werden im LUKS behandelt, gut ein Fünftel aller Fälle in der Hirslanden-Klinik St. Anna.

Drei Viertel aller Patientinnen und Patienten in Luzerner Spitälern wurden in den allgemeinen Abteilungen behandelt. 18 Prozent liessen sich halbprivat behandeln und 7 Prozent privat.

Interkantonale und innerkantonale Patientenströme

Stark positive Saldi – also Netto-Zuströme – sind zwischen dem Kanton Luzern und allen anderen Zentralschweizer Kantonen zu beobachten. Rund 70 Prozent der *ausserkantonalen Fälle* an Luzerner Spitälern stammen aus den Zentralschweizer Kantonen.

Der Vergleich zwischen 2011 und 2013 zeigt, dass sich der Netto-Zustrom im Jahr 2012 zuerst verringert hat und danach im Jahr 2013 markant angestiegen ist; dies, weil die Anzahl Hospitalisierungen der Nicht-Luzerner Bevölkerung stark gestiegen ist. Diese Veränderungen lassen die Schlussfolgerung zu, dass die KVG-Revision auf die interkantonalen Patientenströme in den Jahren 2012 und 2013 einen gewissen Einfluss ausgeübt hat beziehungsweise künftig einen solchen ausüben könnte.

Negative Saldi (Netto-Wegströme von Personen) gibt es hauptsächlich zwischen dem Kanton Luzern und den Kantonen Aargau, Bern und Zürich.

Der Leistungsbereich mit dem höchsten Anteil von Nicht-Luzerner Patientinnen und Patienten betrifft die Ophthalmologie (Augenheilkunde) mit rund 60 Prozent. Hohe Anteile finden sich auch bei der Neurochirurgie und den schweren Verletzungen.

Die innerkantonalen Patientenströme 2013 zeigen, dass für stationäre Behandlungen eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung der Wahlkreise Entlebuch und Sursee den jeweiligen Spitalstandort Wolhusen beziehungsweise Sursee wählt (mit 68 und 56%). Mehr als 60 Prozent der Bevölkerung aus der Stadt und Agglomeration Luzern liessen sich im LUKS in Luzern behandeln, etwas mehr als 30 Prozent an der Hirslanden-Klinik St. Anna.

Bedarfsprognosen für die stationäre Akutsomatik

Bis ins Jahr 2023 wird insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung sowie des medizinischen Fortschritts allgemein mit einer Zunahme um knapp 10 Prozent an Pfl egetagen und einem Anstieg der Hospitalisierungen um rund 14 Prozent gerechnet.

Investitionsvorhaben der Spitäler

Das LUKS investiert prioritär in die Erweiterung seiner Immobilien auf dem Ost-Areal (Erweiterung Ost). Investitionen fliessen in das neue Zentrum für Notfall- und Intensivmedizin, in das Kinderspital und in die Parkierung (beide als Teil der Erweiterung Ost) sowie in die Sanierung des bisherigen Gebäudes der Augenklinik. Die Neubauten werden zeitlich gestaffelt und etappenweise geplant, was eine gewisse Flexibilität in der Umsetzung ermöglicht. Zudem wird das Spital Wolhusen neu gebaut. Für sämtliche Investitionen in Neubauten, Sanierungen, Instandsetzungen, Projekte, medizin-technische Anlagen und übrige Sachanlagen rechnet das LUKS bis ins Jahr 2031 mit einem Betrag von rund 2,5 Milliarden Franken. Die Immobilieninvestitionen für die nächsten zehn Jahre betragen rund 1 Milliarde Franken. Eine Arbeitsgruppe prüft zurzeit eine kombinierte Variante mit Fremdfinanzierung und einer Bürgschaft des Kantons.

Die Hirslanden-Klinik St. Anna plant einen Neubau Trakt A (u. a. Operationssäle, Notfallzentrum, Intensivpflegestation, Zentralsterilisation) und ein Hofgebäude Trakt E für rund 120 Millionen Franken.

Das Geburtshaus Terra Alta wird in den Jahren 2015 und 2016 eine Erweiterung realisieren.

Die Swissana Clinic Meggen (neu: Hirslanden-Klinik Meggen) wurde im August 2014 von der Privatklinikgruppe Hirslanden übernommen.

Fazit zur stationären Akutsomatik

Die Analysen in der stationären Akutsomatik zeigen, dass das Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung umfangreich ist und die Leistungen in den Luzerner Spitälern in guter Qualität erbracht werden. Gesamthaft gesehen ist die akutsomatische Gesundheitsversorgung für die Luzernerinnen und Luzerner adäquat sichergestellt. Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung haben sich die interkantonalen Patientenströme ein Stück weit verändert. Dies ist auf den Anstieg der Anzahl Hospitalisierungen der Nicht-Luzerner Bevölkerung zurückzuführen. Ob diese Tendenz auch in den folgenden Jahren anhalten wird, ist aber noch ungewiss. Erste Analysen zeigen, dass die Schweizer Bevölkerung von der freien Spitalwahl Kenntnis hat und diese auch nutzt.

Mit allen akutsomatischen Spitälern, die in der Luzerner Spitalliste aufgeführt sind, bestehen Leistungsaufträge, in denen das Leistungsangebot in Leistungsgruppen abgebildet ist. Darauf basierend werden jährlich dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Die akutsomatischen Spitäler haben dabei qualitative Kriterien und medizinisch begründete Anforderungen (z. B. die ärztliche Verfügbarkeit) zu erfüllen.

– Stationäre Rehabilitation

Im Kanton Luzern stehen folgende Luzerner Rehabilitationskliniken auf der Spitalliste des Kantons Luzern:

- Luzerner Höhenklinik Montana in Crans-Montana (gehört zum LUKS),
- LUKS Luzern (Neurorehabilitation),
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil,
- Cereneo AG in Vitznau.

Die Klinik Sonnmatt hat das Rehabilitationsangebot Anfang 2013 aufgegeben.

Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung

Die Anzahl *Hospitalisierungen* der Luzerner Wohnbevölkerung bewegte sich in den letzten Jahren zwischen 2200 und 2550 Fällen pro Jahr mit leicht sinkender Tendenz seit 2008. Im Jahr 2013 ist jedoch eine Trendumkehr zu beobachten. 2419 Hospitalisierungen waren im Jahr 2013 zu verzeichnen, wobei der Anstieg von 2012 auf 2013 fast 10 Prozent betrug.

1361 Fälle – also mehr als die Hälfte (56%) aller rehabilitativen Behandlungen – wurden im Jahr 2013 in *ausserkantonalen Kliniken* behandelt. Davon erfolgte mehr als jede dritte im Kanton Aargau. Rund ein Drittel aller ausserkantonalen Hospitalisierungen der Luzerner Bevölkerung betrafen die orthopädische Rehabilitation (Krankheiten des Bewegungsapparates).

Behandlungen in Luzerner Kliniken

Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) weist im Jahr 2013 mit Abstand die grösste Anzahl Spitaleintritte (1062) und Pflage tage (46043) auf. Typischerweise betrifft dies vor allem Krankheiten des Nervensystems und Verletzungen. 87 Prozent der Patientinnen und Patienten im SPZ wohnen nicht im Kanton Luzern. In der Luzerner Höhenklinik Montana (LHM) wurden gesamthaft 899 Hospitalisierungen und 22 047 Pflage tage verzeichnet.

Die *Aufenthaltsdauer* in der stationären Rehabilitation betrug im Jahr 2013 durchschnittlich 34 Tage. Je nach Klinik – bedingt durch ein unterschiedliches Behandlungsspektrum – unterscheidet sich diese sehr stark.

Bedarfsprognosen zur stationären Rehabilitation

Für die Luzerner Bevölkerung wird zwischen 2013 und 2023 vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung eine Zunahme der rehabilitativen Behandlungen (Fälle und Pflage tage) um rund 18 Prozent erwartet.

Fazit zur stationären Rehabilitation und Ausblick

Die Analysen in der stationären Rehabilitation zeigen, dass deren Leistungsangebot für die Luzerner Bevölkerung genügend ist und die Leistungen in den Luzerner Kliniken in guter Qualität erbracht werden. Der Anteil ausserkantonaler Hospitalisierungen ist allerdings hoch. Die Prognosen für die nächsten acht Jahre gehen von einem Bedarfsanstieg von bis zu 18 Prozent aus.

Im LUKS Wolhusen ist geplant, 30 Betten für die muskuloskelettale Rehabilitation zu schaffen. Die allermeisten Patientinnen und Patienten müssen derzeit für diese Behandlung in Kliniken anderer Kantone ausweichen. Damit soll auch eine kürzere Aufenthaltsdauer bei orthopädischen Eingriffen erreicht werden.

Das SPZ plant per 2018/2019 einen Erneuerungs- und Erweiterungsbau (Pflage stationen, Behandlungstrakt, neues Gebäude mit zwei Bettenstationen). Es rechnet mit einem Investitionsvolumen von rund 150 Millionen Franken.

Das LUKS ist bereit, die Luzerner Höhenklinik Montana weiterzuführen, beantragt aber, die Klinik als selbständige Tochtergesellschaft zu führen und die Gebäude inklusive Land übertragen zu erhalten.

– Stationäre Psychiatrie und ambulantes Angebot

Im Kanton Luzern sind zwei Kliniken stationiert (Psychiatrie und Spezialklinik für Suchtkrankheiten):

- Luzerner Psychiatrie (Lups), mit den Standorten St. Urban und Luzern,
- Therapiezentrum Meggen (TZM).

Die stationären Angebote der Lups befinden sich hauptsächlich an drei Standorten:

- Klinik in St. Urban mit einem umfassenden psychiatrischen Leistungsspektrum,
- Klinik in Luzern unter anderem mit einem akutpsychiatrischen Angebot für Jugendliche,
- Kinderpsychiatrische und Jugendpsychiatrische Therapiestationen in Kriens.

Die immer wichtiger werdenden ambulanten Angebote sind im ganzen Kanton verteilt und werden – neben niedergelassenen Fachpersonen aus Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie – von der Lups mit verschiedenen Schwerpunkten angeboten: Tageskliniken, Ambulatorien, Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA), Memory Clinic, Forensischer Dienst, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischer Dienst, Drop-in, Spezialsprechstunden. Diese Vielfalt verdeutlicht, dass von der Bevölkerung vermehrt ambulante Dienste nachgefragt werden und diese einem echten Bedürfnis entsprechen.

Inanspruchnahme durch die Luzerner Wohnbevölkerung

Im Jahr 2013 betrug die *Hospitalisierungsrate* der Luzerner Wohnbevölkerung in der stationären Psychiatrie 7,1 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner; der Schweizer Durchschnitt belief sich auf 8,9 Fälle.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 2776 Fälle von Luzernerinnen und Luzernern registriert (2012: 2729 Fälle). Rund 20 Prozent aller Patientinnen und Patienten wurden jeweils in den Jahren 2012 und 2013 in Kliniken anderer Kantone behandelt. Davon entfiel über ein Viertel auf Kliniken im Kanton Bern.

Behandlungen in Luzerner Kliniken

Rund 88 Prozent der insgesamt 2529 stationären psychiatrischen Fälle (2013) in den Luzerner Kliniken betrafen Personen, die im Kanton Luzern wohnhaft waren. 12 Prozent hatten einen ausserkantonalen Wohnsitz. Davon stammen über 60 Prozent aus den Kantonen Aargau und Bern.

Die *Aufenthaltsdauer* in den Kliniken ist je nach Patientengruppe sehr unterschiedlich. Am längsten dauert der Aufenthalt in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Therapiestationen. Die durchschnittliche Bettenbelegung an den Luzerner Kliniken ist nach wie vor sehr hoch.

Bedarfsprognosen zur Psychiatrie

Zwischen 2013 und 2023 wird für die Luzerner Bevölkerung mit einer Zunahme der psychiatrischen Hospitalisierungen um knapp 6 Prozent und Pflage tage um 7,4 Prozent gerechnet.

Fazit zur psychiatrischen Versorgung und Ausblick

Die Bettenbelegungsanteile in der Akut-, Rehabilitations- und Alters-Psychiatrie liegen zwischen 94 und 102 Prozent. Die stationäre Kapazitätsgrenze ist also erreicht. Die Prüfung einer Angebotserweiterung, wie sie die Lups für die stationäre Psychotherapie zurzeit durchführt, ist deshalb punktuell sinnvoll. Dies nicht zuletzt auch darum, weil viele Luzerner Patientinnen und Patienten ausserkantonal behandelt werden müssen.

Aus Patientensicht ebenfalls zweckmässig ist der Ausbau der ambulanten Psychiatrie. In der Psychiatrie gilt der Grundsatz «ambulant vor stationär» noch mehr als in der Akutsomatik, weil dies im Sinn der Patientinnen und Patienten ist. Allerdings sind diese Angebote derzeit noch nicht genügend in der Tarifstruktur abgebildet.

Die Zusammenarbeit über die Kantons Grenzen hinweg und mit andern Kliniken ist nicht nur aus wirtschaftlichen Überlegungen sinnvoll, sondern auch vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Personalmangels.

– Gesundheitspersonal in Spitälern

Von den im Jahr 2012 rund 6000 Beschäftigten des Gesundheitspersonals in allen Luzerner Spitälern stellt das *Pflegepersonal* davon mit rund zwei Dritteln die deutlich grösste Berufsgruppe dar. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte belief sich auf rund 16 Prozent beziehungsweise 946 Beschäftigte mit 763 Vollzeitstellen. Die Geschlechteranteile variieren je nach Berufsgruppe und Spitaltyp. Während beim Pflegepersonal über alle Spitäler hinweg die Frauenquote bei über 90 Prozent lag, betrug diese bei der Ärzteschaft rund 45 Prozent. Über 12 Prozent der Ärzteschaft war 55-jährig oder älter.

Der Mehrbedarf an Gesundheitspersonal aufgrund der zunehmenden Alterung und des Anstiegs von chronischen Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten ist gross. Der Kanton verpflichtet alle innerkantonalen Spitäler und Kliniken, genügend pflegerisches Gesundheitspersonal auszubilden.

– Ambulante Gesundheitsversorgung

Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte

Im Jahr 2012 waren insgesamt fast 44 Prozent der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern 55 Jahre oder älter. In der Grundversorgung sind es die Wahlkreise Hochdorf, Entlebuch und Willisau, die davon betroffen sein werden (mit Anteilen von 51 bis 72%). Hohe Anteile älterer Ärztinnen und Ärzte finden sich in den Fachgebieten der Pädiatrie und der Psychiatrie.

Eine durchgeführte Analyse im Jahr 2014 zeigt, dass in den Wahlkreisen Luzern-Land, Hochdorf und Willisau in der Grundversorgung eine relativ tiefe Ärztedichte besteht. Die höchste Dichte weist mit Abstand die Stadt Luzern auf, sowohl in der Grund- wie auch in der Spezialversorgung. Laut der FMH-Ärztestatistik fällt die Ärztedichte im Kanton Luzern im schweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich aus (insbes. in der Spezialmedizin).

Knapp ein Drittel der frei Praktizierenden im Kanton waren Frauen. Dieser Anteil steigerte sich in den letzten Jahren stets. Vermehrte Teilzeitarbeit, die durch diese Entwicklung begünstigt wird, erhöht als Folge den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten.

Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Die jährlichen *Studieneintritte und -abschlüsse* in Humanmedizin von Luzernerinnen und Luzernern variieren seit 2007 meist zwischen 30 und 40. Im Jahr 2012 waren in Bezug auf die *ärztliche Weiterbildung* in Luzerner Spitälern 367 Assistenzärztinnen und -ärzte tätig, die 353 Vollzeitstellen besetzten.

Spitex

Im Jahr 2014 gab es total 48 Spitex-Organisationen im Kanton (exkl. selbständige Pflegefachleute); davon waren 32 gemeinnützig beziehungsweise öffentlich organisiert. Insgesamt 592 Vollzeitstellen waren im Jahr 2014 in Spitex-Organisationen zu verzeichnen, davon 493 in gemeinnützigen Unternehmen. Im Bereich der Pflege ist die Anzahl der Klientinnen und Klienten zwischen 2010 und 2014 um 6,3 Prozent auf über 6800 angestiegen. Die in derselben Periode geleisteten Stunden pro Klientin und Klient haben um 18 Prozent zugenommen und belaufen sich auf nahezu 66 Stunden. Gemäss dem Spitex-Kantonalverband gelingt es der Spitex, diese Zunahme zu bewältigen.

Personalmangel in Medizin und Pflege, Massnahmen

Gegen den sich seit Längerem abzeichnenden Ärztemangel werden einerseits gesamtschweizerische Massnahmen getroffen, die im Kompetenzbereich des Bundes liegen (z. B. die Erhöhung von Studienplätzen oder die Revision der Tarifstruktur Tarmed). Andererseits wurden im Kanton verschiedene Massnahmen ergriffen, die dem Ärztemangel entgegenwirken (z. B. das Praxisassistentenprogramm, die Förderung von Gruppenpraxen, die Schaffung eines Institutes für Hausarztmedizin oder die Erleichterung des Notfalldienstes).

Im Bereich der Pflege gehen Studien ebenfalls davon aus, dass ohne flankierende Massnahmen in Zukunft ein Mangel an Fachkräften herrschen wird. Der Grund liegt in erster Linie in der demografischen Entwicklung, da der Pflegebedarf stärker wächst als das Rekrutierungsfeld der Pflegenden. Auch im Pflegebereich wurden betriebliche, nationale und auch kantonale Massnahmen ergriffen, indem beispielsweise der Kanton alle Spitäler, Heime und Spitex-Organisationen verpflichtet, eine bestimmte Anzahl Ausbildungsplätze anzubieten.

Apotheken und Drogerien

Im Jahr 2014 gab es im Kanton Luzern 37 öffentliche Apotheken, davon 18 in der Stadt Luzern. Die Apothekendichte beträgt 10 Apotheken pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Jahr 2014 sind 39 Drogerien in allen Regionen des Kantons Luzern vertreten.

Zahnmedizin

Ende 2013 waren 339 Zahnärztinnen und Zahnärzte im Besitz einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung (BAB), was fast doppelt so viele sind wie vor zehn Jahren. Im Kanton Luzern gibt es total 193 Zahnarztpraxen, davon 84 in der Stadt Luzern. Auffallend ist vor allem die steigende Anzahl an Zentren und Gruppenpraxen.

Weitere Gesundheitsberufe

Die meisten BAB-Inhaberinnen und -Inhaber von nicht universitären Gesundheitsberufen im Kanton Luzern üben ihre Tätigkeit in der Physiotherapie, der Psychotherapie, der Pflege sowie in der Akupunktur aus.

Ambulanter Notfalldienst

Die ambulanten Notfalldienste werden im Kanton Luzern durch die jeweiligen Berufsverbände geregelt. Der ärztliche Notfalldienst ist regional organisiert, wobei das Kantonsgebiet in vier Notfallkreise unterteilt ist.

Fazit zur ambulanten Gesundheitsversorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung hat allgemein stark an Bedeutung zugenommen. Die grösste Herausforderung für die Zukunft wird sein, in allen Regionen eine genügende Versorgung für die Luzerner Bevölkerung sicherzustellen, vor allem im Hinblick auf den sich abzeichnenden Ärzte- und Pflegepersonal-mangel. Gegen den Ärztemangel hat der Kanton Luzern geeignete Massnahmen ergriffen. Angesichts des Mangels an Pflegepersonal ist es sehr wichtig, dass unter anderem genügend Pflegefachpersonen ausgebildet werden.

– Spezialthemen in der Gesundheitsversorgung

Rettungsdienste und Standorte

Der Rettungsdienst LUKS mit den drei Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen sowie der Rettungsdienst Seetal garantieren für über 390 000 Luzerner Einwohnerinnen und Einwohner die notfallmedizinische Versorgung. Der Rettungsdienst stellt mit über 13 000 Einsätzen pro Jahr (80% Rettungsdiensteinsätze und 20% Krankentransporte) die präklinische Patientenversorgung sicher.

Gesundheitsförderung und Prävention

Die Fachstelle Gesundheitsförderung unseres Gesundheits- und Sozialdepartementes erarbeitet Zielstrategien sowie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit der Luzerner Bevölkerung. Von besonderer Bedeutung sind dabei die regelmässig erscheinenden Gesundheitsberichte und -reports. Sie stellen die Grundlage für gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen sowie gesundheitspolitische Entscheide dar.

Die Förderung von Bewegung und Sport in Bezug auf die Bevölkerung des Kantons Luzern stellt eine sinnvolle und notwendige Investition in die Zukunft dar. So gehören der freiwillige Schulsport, die lokalen Bewegungs- und Sportnetze, die Nachwuchsförderung, aber auch der Erwachsenensport neben dem Bundesauftrag im Bereich Jugend und Sport (J+S) zu zentralen Aufgaben der Sportförderung im Kanton Luzern.

Infektionskrankheiten und Impfprogramme

Im Bereich Infektionskrankheiten hat der Kanton stets Vorkehrungen getroffen, um die Bevölkerung vor Krankheitserregern zu schützen, Risiken frühzeitig zu erkennen und die Auswirkungen von Ausbrüchen und Epidemien übertragbarer Krankheiten im Kanton Luzern einzudämmen. Dies geschieht durch die Prävention, Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit im Kanton Luzern darstellen. All dies erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Bund, den Kantonen, den internationalen Gesundheitsbehörden, der Ärzteschaft, den Gesundheits- und Bildungsinstitutionen sowie weiteren Partnern.

Überbrückungspflege

Im Rahmen eines Pilotprojekts wurde im Seeblick Sursee (Haus für Pflege und Betreuung) eine Überbrückungspflege geschaffen. Spitalpatientinnen und -patienten, die nicht mehr spitalbedürftig sind, können bei fehlendem oder bei einem nicht geeigneten Pflegeheimplatz in der Wohnsitzgemeinde ohne Verzögerung in das Haus Seeblick verlegt werden. Insgesamt darf bisher ein positives Fazit gezogen werden, sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Akutspital, das durch das Angebot der Überbrückungspflege entlastet wird. Eine Anfang 2015 durchgeführte Auswertung zeigt, dass die Auslastung zusammen mit der Akut- und Übergangspflege 83 Prozent beträgt. Ende April 2015 haben die verantwortlichen Akteure entschieden, das Pilotprojekt in der bisherigen Form um ein weiteres Jahr zu verlängern.

Palliative Care

Die palliative Betreuung und Begleitung von Schwerkranken hat zum Ziel, die Lebensqualität der Betroffenen und auch ihrer Angehörigen zu verbessern sowie physische, psychische und soziale Probleme zu lindern. Die Palliative Care gehört zur Basisversorgung. Im Kanton Luzern hat sich ein breites und gutes Angebot entwickelt und etabliert. Für die Spitäler, die Ärzteschaft, die Spitex und die Pflegeheime gehört die Betreuung unheilbar Kranker seit jeher zu den Kernaufgaben.

Das LUKS und die Hirslanden-Klinik St. Anna bieten entsprechende stationäre Palliative-Care-Strukturen an. Daneben betreibt das Betagtenzentrum Eichhof eine spezialisierte Palliativstation. Vermehrt gibt es auch mobile Palliativdienste (insbesondere der Brückendienst Spitex Stadt Luzern).

Die Anzahl Palliativpatientinnen und -patienten wird weiter zunehmen. Um ihrem Wunsch nach einer angemessenen Betreuung zu Hause besser gerecht zu werden, sind für die nächsten Jahre einige Massnahmen geplant (z. B. die Stärkung der mobilen Palliativdienste oder der Freiwilligenarbeit).

eHealth und elektronisches Patientendossier

Ziel des neuen Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) ist es, mehr Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen zu schaffen. Das eigentliche Kernstück stellt dabei das elektronische Patientendossier dar.

Ein aktuelles Projekt stellt die zentralschweizerische eHealth-Plattform dar, welche die Leistungserbringer künftig miteinander vernetzen soll. In einer ersten Phase sollen die kantonalen Spitäler Luzerns und Nidwaldens vernetzt werden (Lunis). Das Hauptziel besteht darin, dass behandlungsrelevante Daten von Patientinnen und Patienten zwischen allen Leistungserbringern ausgetauscht werden können.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vor allem den nichtärztlichen (insbes. pflegerischen) Berufen werden neue Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen übertragen werden. Im Zentrum steht dabei immer die optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten über die gesamte Versorgungskette hinweg.

Derzeit ist eine parlamentarische Initiative in der Vernehmlassung, die eine Anerkennung der Eigenverantwortung der Pflege im Krankenversicherungsgesetz verlangt. Ein Teil der Pflegeleistungen (Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege) soll durch Pflegefachleute in eigener Verantwortung und ohne ärztliche Verordnung auf Kosten der obligatorischen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden können. Im Bereich der Behandlungspflege, die weiterhin ärztlich angeordnet werden muss, ist hingegen keine Änderung vorgesehen. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung verfolgt primär das Ziel, den Pflegeberuf aufzuwerten und attraktiver zu gestalten.

15 Antrag

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, wir beantragen Ihnen, vom vorliegenden Planungsbericht in zustimmendem Sinn Kenntnis zu nehmen.

Luzern, 20. Oktober 2015

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: Reto Wyss

Der Staatsschreiber: Lukas Gresch-Brunner

Kantonsratsbeschluss über den Planungsbericht über die Gesundheits- versorgung im Kanton Luzern

vom

Der Kantonsrat des Kantons Luzern,

nach Einsicht in den Planungsbericht des Regierungsrates vom 20. Oktober 2015,
beschliesst:

1. Vom Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern wird in zustimmendem Sinn Kenntnis genommen.
2. Der Kantonsratsbeschluss ist zu veröffentlichen.

Luzern,

Im Namen des Kantonsrates

Der Präsident:

Der Staatsschreiber:

Beilagen

Anhang 1	Spitalliste des Kantons Luzern	117
Anhang 2	Definition der verwendeten Variablen	118
Anhang 3	Finanzierungsanteile zwischen Kostenträger und Leistungserbringergruppe in Bezug auf OKP-Leistungen	119
Anhang 4	Methodische Grundlagen für die Berechnungen und Daten	120
Anhang 5	Übereinstimmung von MedStat-Regionen und Wahlkreisen im Kanton Luzern	122
Anhang 6	Prognosen und verwendete Szenarien für die Akutsomatik	123
Anhang 7	Facharzttitel von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten	124
Anhang 8	Bildungsstatistiken – Ausführungen zur Datenbank und Vorgehensweise	125
Anhang 9	Krankenhausstatistik – Ausführungen zur Datenbank und Vorgehensweise.....	126
Anhang 10	Berechnung der Prognosen zum Gesundheitspersonal	127

Spitalliste des Kantons Luzern

Spitalliste des Kantons Luzern vom 22. November 2011 (mit Änderungen vom 3. April 2012, 4. Dezember 2012, 4. Januar 2013, 22. Januar 2013 und 16. April 2013)

Folgende Luzerner Spitäler/Kliniken sind in der geltenden Spitalliste aufgeführt:

Akutsomatik

- Luzerner Kantonsspital (Standorte Luzern, Sursee, Wolhusen, Höhenklinik Montana)
- Hirslanden-Klinik St. Anna, Luzern
- Hirslanden-Klinik, Meggen (vormals Swissana Clinic)
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil
- Geburtshaus Terra Alta, Oberkirch

Psychiatrie

- Luzerner Psychiatrie
- Therapiezentrum Meggen

Rehabilitation

- Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil
- Luzerner Kantonsspital und Luzerner Höhenklinik Montana
- Cereneo, Vitznau

Folgende *ausserkantonale* Kliniken sind auf der Spitalliste des Kantons Luzern aufgeführt:

Akutsomatik

- Kantonsspital Nidwalden
- Kantonsspital Aarau
- Universitätsspital Zürich
- Inselspital/Universitätsspital Bern
- Klinik Lengg (ehemals: Schweizerisches Epilepsie-Zentrum)
- Kinderspital Zürich
- Uniklinik Balgrist

Psychiatrie

- Clenia Littenheid
- Klinik Schützen Rheinfelden
- Klinik Wysshölzli

Rehabilitation

- aarReha Schinznach (AG)
- Rehabilitationsszentrum Seewis (GR)
- RehaClinic (AG) (Bad Zurzach und Baden)
- Klinik Adelheid (ZG)
- Berner Klinik Montana (VS)
- Rehaklinik Hasliberg (BE)
- Reha Rheinfelden (AG)
- Klinik Valens (SG)
- Klinik Gais (AR)
- Kinderspital Zürich, Eleonorenstiftung (ZH)

Definition der verwendeten Variablen

Bruttokosten	Darunter fallen alle von der OKP gedeckten sowie von den versicherten Personen gemeldeten Kosten, das heisst der jeweilige Rechnungsbetrag abzüglich nicht-versicherter und nicht-pflichtiger Kosten. In den Bruttoleistungen sind die Kostenbeteiligungen der versicherten Personen enthalten, also die Franchise, der Selbstbehalt und der Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts.
Fachmedizin	Alle übrigen Facharztgruppen, die nicht als Grundversorger definiert wurden (vgl. Grundversorgung).
Geschäftsperiode	Zeitpunkt (Jahr), dem der Geschäftsfall finanziell zugeordnet wird, also der Zeitpunkt der Abrechnung und Verarbeitung der Leistungen durch die Krankenversicherer.
Grundversorgung	Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktische Ärztin oder praktischer Arzt ohne Spezialisierung, Gruppenpraxen.
Jahresdurchschnittliche Veränderung (JDV)	Durchschnittliche Wachstumsrate pro Jahr für den Zeitraum 2005 bis 2012, welche dem geometrischen Mittel entspricht. Formel: $((\text{Wert 2012} / \text{Wert 2005})^{1/7} - 1) * 100$
Kanton	Kanton, in welchem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Für Gastarbeiter, Grenzgänger und Auswanderer gilt der Firmenstandort des Arbeitgebers als Wohnkanton.
Prämien	Bruttoprämie gemäss Angebotstarif, das heisst vor Abzug der individuellen Prämienverbilligung und nach Abzug für Ausbildungsrabatt, Wahlfranchisen, Bonus, HMO und Unfallausschluss.
Übrige Leistungserbringer	Summe folgender Leistungserbringer (in Klammern Kostenanteil 2012 für Luzernerinnen und Luzerner an der Kategorie «übrige Leistungserbringer»): Pflegeheime (53,5%), Physiotherapeutinnen und -therapeuten (15,2%), Laboratorien (13,3%), Abgabestellen MiGeL (3,9%), unbekannt (3,7%), übrige Rechnungssteller (3,3%), Chiropraktorinnen und Chiropraktoren (3,0%), Ergotherapeutinnen und -therapeuten (1,5%), Pflegefachpersonen, Ernährungsberater/innen, Logopädinnen und Logopäden, Transport und Rettung, Heilbäder, SPAK, Erfahrungsmediziner/innen, Qualitop (jeweils unter 0,6%).

Finanzierungsanteile

Finanzierungsanteile zwischen Kostenträger und Leistungserbringergruppe in Bezug auf OKP-Leistungen

Leistungserbringergruppe	Träger Krankenversicherer	Kantone	Gemeinden	private Gesundheitsausgaben
Spital stationär	Vergütungsanteil: maximal 45% (ab 2017)	Vergütungsanteil: mindestens 55% (ab 2017)	–	Kostenbeteiligung (Franchise und Selbst- behalt)
Spital ambulant	100%, abzüglich Kostenbeteiligung	–	–	Kostenbeteiligung (Franchise und Selbst- behalt)
Ärztinnen/Ärzte	100%, abzüglich Kostenbeteiligung	–	–	Kostenbeteiligung
Berufe des Gesundheits- wesens (z. B. Physio- therapie)	100%, abzüglich Kostenbeteiligung	–	–	Kostenbeteiligung
Apotheken/ Medikamente	100%, abzüglich Kostenbeteiligung	–	–	Kostenbeteiligung
Laboratorien	100%, abzüglich Kostenbeteiligung	–	–	Kostenbeteiligung
Pflegeheime	Beträge je nach Pflege- bedarf laut Art. 7a Abs. 3, KLV ⁹⁹	–	Die Gemeinde über- nimmt die Pflegekosten, die nicht durch Sozial- versicherungen und den Selbstzahler-Beitrag ge- deckt sind, im Umfang des Restfinanzierungs- beitrags.	Selbstzahler-Beitrag, soweit diese nicht durch Sozialversicherungen gedeckt sind; höchstens jedoch 20% des vom Bund für die Kranken- versicherer festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag.
Spitex	Beträge laut Art. 7a Abs. 1 und 2, KLV	–	Die Gemeinde über- nimmt die Pflegekosten, die nicht durch Sozial- versicherungen und den Selbstzahler-Beitrag ge- deckt sind, im Umfang des Restfinanzierungs- beitrags.	Selbstzahler-Beitrag, soweit diese nicht durch Sozialversicherungen gedeckt sind; höchstens jedoch 20% des vom Bund für die Kranken- versicherer festgesetzten Pflegebeitrages pro Tag.
Akut- und Übergangs- pflege (AÜP)	Vergütungsanteil: maximal 45%	–	Vergütungsanteil: mindestens 55%	Kostenbeteiligung

⁹⁹ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31).

Methodische Grundlagen für die Berechnungen und Daten

Die zentrale Datenquelle für die vorliegenden Auswertungen ist die «Krankenhausstatistik» (KS) sowie die «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Für die Analyse wurden die Jahre 2005 bis 2012 der beiden Datensätze verwendet. Um die Bereiche der stationären Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation zu unterscheiden, wurden folgende Definitionen verwendet:

Akutversorgung und stationäre Akutsomatik

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert:

- stationäre Fälle
- Statistikfälle A: Entlassung während des Jahres
- Spitäler der Akutsomatik:
 - Typologie K1 (Allgemeine Krankenhäuser) sowie Spezialkliniken K231 (Chirurgie), K232 (Gynäkologie, Neonatologie), K233 (Pädiatrie)
 - ohne Krankenhaustypologie K211, K212 (Psychiatrie), K221 (Rehabilitation), K234 (Geriatric)
 - ohne Hauptkostenstellen (Abteilungen) M500, M900, M950 (Psychiatrie, Geriatric, Rehabilitation)
- Aufenthaltsdauer: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum minus Urlaubstage, gemäss der SwissDRG. Aufenthaltsdauer mit mindestens 1 Tag und maximal 365 Tagen
- Gruppierung der Fälle nach:
 - SwissDRG Version 1.0 und
 - Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) Version 2.1 und Leistungsbereiche (GDK)

Stationäre Psychiatrie

Die psychiatrischen Fälle wurden wie folgt definiert:

- stationäre Fälle (wie Akutsomatik, vgl. oben)
- Statistikfälle: Entlassung während des Jahres (Statistikfälle A) sowie Langzeitpatientinnen und -patienten (Statistikfälle C); Prognosen: ebenfalls für Statistikfälle A und C
- psychiatrische Kliniken: Typologie K21
- alle Fälle aus Hauptkostenstellen M500 (Psychiatrie)
- Aufenthaltsdauer: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum plus 1 minus Urlaubstage
- Gruppierung der Fälle erfolgt nach Hauptdiagnosen der ICD-10-Klassifikation:

Diagnosen	Bezeichnung
F00-F09	organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	affektive Störungen
F40-F48	neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	nicht näher bezeichnete psychische Störungen andere Nicht-F-Diagnosen

Stationäre Rehabilitation

Die Fälle der Rehabilitation wurden wie folgt definiert:

- stationäre Fälle (wie Akutsomatik, vgl. oben)
- Statistikfälle A: Entlassung während des Jahres
- Rehabilitationskliniken: Typologie K221
- alle Fälle aus Hauptkostenstellen M950 (Rehabilitation)
- Aufenthaltsdauer: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum plus 1 minus Urlaubstage. Aufenthaltsdauer mit mindestens 1 Tag und maximal 365 Tagen

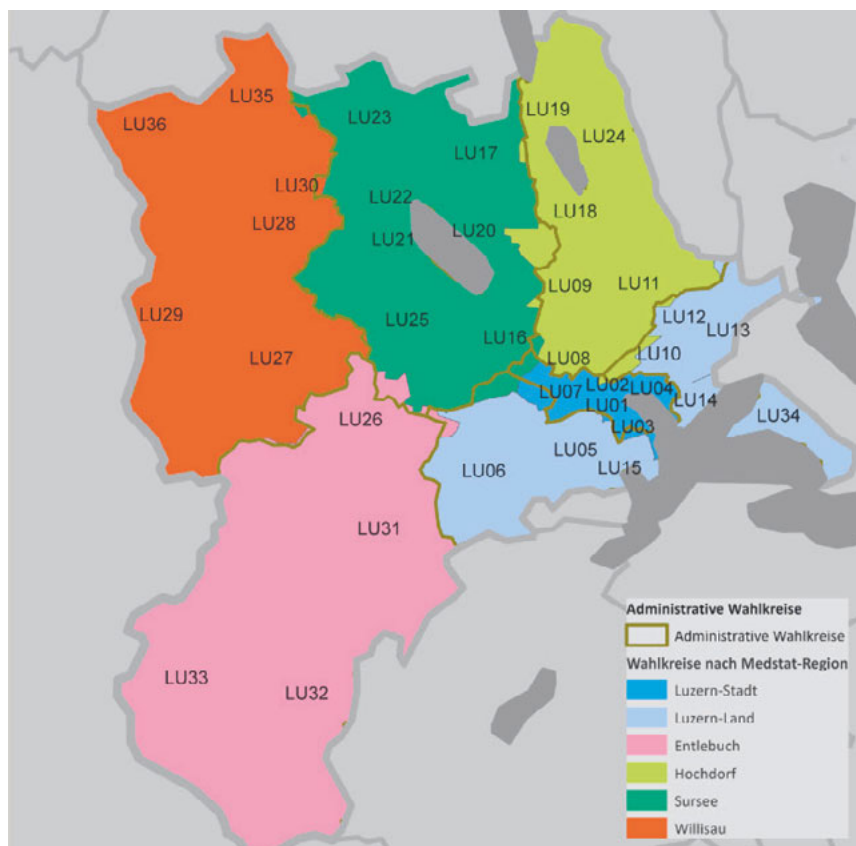
- Gruppierung der Fälle erfolgt nach Hauptdiagnosen der ICD-10-Klassifikation:

Diagnosen	Bezeichnung
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
F00-F99	psychische und Verhaltensstörungen
S00-S99	Verletzungen
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
C00-D48	Neubildungen
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
	Diagnosegruppe «andere»

Bemerkung zum Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ): Die SPZ-Fälle und Pflgetage (K235; M990) wurden für die Auswertungen 2005–2011 dem Bereich der Rehabilitation zugeordnet. Ab 2012 wurden sie in Akutsomatik (wenn der Fall über DRG abgerechnet worden ist) oder in Rehabilitation (wenn der Fall nicht über DRG abgerechnet worden ist) aufgeteilt.

MedStat-Regionen

Übereinstimmung von MedStat-Regionen und Wahlkreisen im Kanton Luzern



Quelle: Obsan

Erläuterung beziehungsweise Zuteilung der MedStat-Regionen den Gebieten im Kanton Luzern:

LU01	Luzern-Zentrum	LU13	Sonnseite	LU25	Ruswil-Grosswangen
LU02	Luzern-Löwen	LU14	Meggen	LU26	Wolhusen
LU03	Luzern-Allmend-Tribschen	LU15	Horw	LU27	Willisau
LU04	Luzern-Dreilinden-Seeburg	LU16	Neuenkirch	LU28	Oberes Wiggertal
LU05	Kriens	LU17	Beromünster	LU29	Rottal-Luthern
LU06	Malters-Eigental	LU18	Hochdorf	LU30	Santenberg-Wauwilermoos
LU07	Littau-Reussbühl	LU19	Seetal	LU31	Unteres Entlebuch
LU08	Emmenbrücke	LU20	Nördlicher Sempachersee	LU32	Mittleres Entlebuch- Mariental
LU09	Rothenburg-Hildisrieden	LU21	Südlicher Sempachersee	LU33	Oberes Entlebuch
LU10	Ebikon	LU22	Sursee	LU34	Weggis
LU11	Emmen-Inwil	LU23	Oberes Suhretal	LU35	Luzerner Wiggertal
LU12	Luzerner Reusstal	LU24	Lindenberg	LU36	Pfaffnau

Prognosen und verwendete Szenarien für die Akutsomatik

Für die Erstellung der Prognosen in diesem Planungsbericht werden verschiedene *Szenarien zur kantonalen Bevölkerungsentwicklung* und zur *Entwicklung der Aufenthaltsdauer* in den Akutspitälern benötigt. Ausgangspunkt der Szenarien stellt das Jahr 2013 dar.

Bei der *Bevölkerungsentwicklung* werden standardmässig drei Szenarien berechnet. Das mittlere Bevölkerungsszenario (AR-00-2010) ist das Referenzszenario und führt die im Laufe der letzten Jahrzehnte beobachteten Entwicklungen im Kanton fort. Das hohe Szenario (BR-00-2010) kombiniert diejenigen Hypothesen, welche das Bevölkerungswachstum begünstigen. Das tiefe Szenario (CR-00-2010) geht von jenen Hypothesen aus, die für das Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind.

Im Jahr 2010 wurden für die Jahre 2010 bis 2035 letztmals alle drei Szenarien erstellt. Im Jahr 2013 wurde nur das mittlere Szenario vom BFS für die Jahre 2014 bis 2023 aktualisiert. Im vorliegenden Bericht werden aus diesem Grund (neuere Zahlen, Fortführung der Entwicklung) die Prognosen auf der Basis des vom BFS berechneten mittleren Bevölkerungsszenarios 2013 bis 2023 präsentiert.

Das Vorgehen betreffend Prognose der *Aufenthaltsstage* unterscheidet sich zwischen dem akutsomatischen Bereich auf der einen und dem psychiatrischen und rehabilitativen Bereich auf der anderen Seite. Bei der Psychiatrie und der Rehabilitation werden keine Annahmen bezüglich der künftigen Entwicklung von Aufenthaltsdauern getroffen, sondern diese wird als konstant bleibend in die Zukunft projiziert.

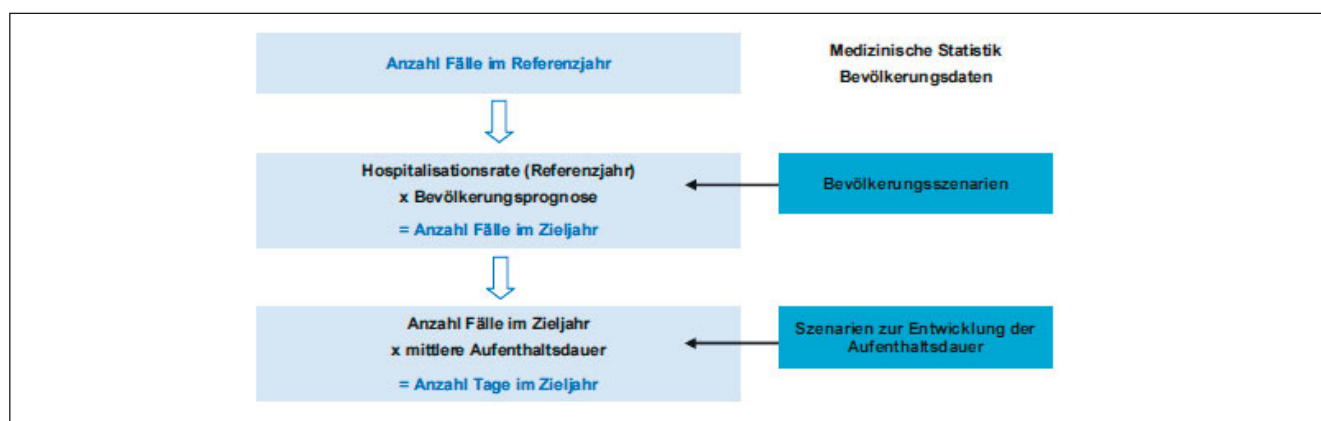
Prognosemodell

Das Prognosemodell berücksichtigt die wichtigen Veränderungen in der schweizerischen Spitalversorgung:

- Das Modell schätzt die künftige Entwicklung der Inanspruchnahme akutsomatischer Leistungen nach Diagnose- (DRG) und Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG).
- Mit dem Modell lassen sich Szenarien darstellen, die eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer simulieren. Die Einführung von Fallpauschalen führt möglicherweise zu einer verkürzten Aufenthaltsdauer im Spital.
- Das Modell ist in der Lage, alle Patientenströme zwischen den Kantonen (interkantonal) abzubilden.

Das Modell ermöglicht, für einen Kanton die künftige Entwicklung der Anzahl Fälle (nach DRG) und der Anzahl Pflegetage zu prognostizieren. Es können sowohl verschiedene Entwicklungsszenarien demografischer Art wie auch der Aufenthaltsdauer dargestellt werden.

Das Prognosemodell lässt sich folgendermassen skizzieren:



Die Prognosen zur Anzahl Fälle unterscheidet sich grundlegend von denjenigen der Anzahl Aufenthaltstage: Während die Prognosen der Anzahl Fälle ausschliesslich über die Bevölkerungsszenarien erfolgen, werden für die Prognosen der Aufenthaltstage zusätzlich Szenarien zur Veränderung der Aufenthaltsdauer (Verkürzung) berücksichtigt.

Die Annahme einer wahrscheinlichen Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den nächsten Jahren in allen Szenarien (ausser im «Referenzszenario») wird mit dem Finanzierungssystem von Fallpauschalen begründet. Es werden vermehrt Systemanreize geschaffen, um «unnötig» lange Spitalaufenthalte von Patientinnen und Patienten zu vermeiden, und zwar zugunsten einer Effizienzsteigerung in der stationären Akutsomatik.

In Bezug auf die Aufenthaltsdauer wurden verschiedene Szenarien entwickelt, von denen ein Szenario davon ausgeht, dass die mittlere Aufenthaltsdauer für jede einzelne DRG im Kanton in den nächsten Jahren konstant bleibt (Szenario «Referenz»). Dem stehen weitere vier Szenarien gegenüber, die in Zukunft in der stationären Akutsomatik von einer Effizienzsteigerung ausgehen:

- Die Aufenthaltsdauer für jede einzelne DRG im Kanton wird sich bis im Zieljahr (2023) so verkürzen, dass sie der Dauer jener DRG in demjenigen Spital entspricht, welches im Referenzjahr (2012) die kürzesten Aufenthalte für diese DRG in der Schweiz aufweist (Szenario «Best»).
- Die Aufenthaltsdauer für jede einzelne DRG im Kanton wird sich bis im Zieljahr so verkürzen, dass sie der Dauer jener DRG in demjenigen Spital entspricht, welches im Referenzjahr die zweitkürzesten Aufenthalte für diese DRG in der Schweiz aufweist (Szenario «2nd Best»).
- Die Aufenthaltsdauer für jede einzelne DRG im Kanton wird sich bis im Zieljahr so verkürzen, dass sie der Dauer jener DRG in demjenigen Spital entspricht, welches eine Aufenthaltsdauer für diese DRG ausweist, die im Referenzjahr 25 Prozent der Spitäler in der Schweiz erreichen (Szenario «¼ Best»).
- Die Aufenthaltsdauer für jede einzelne DRG im Kanton wird sich bis im Zieljahr so verkürzen, dass sie beim 40. Perzentil der Aufenthaltsdauern aller Spitäler in der Schweiz im Referenzjahr liegt (Szenario «40. Perzentil»).

Facharzttitle von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten

Für das Kapitel 12 «Ambulante Gesundheitsversorgung» – und im Speziellen für die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte – wurden die erteilten Facharzttitle (Weiterbildungstitel) in der Schweiz pro Jahr ausgewertet. Dabei wurden nur Titel von Personen berücksichtigt, welche ihre Facharztausbildung in der Schweiz absolviert haben. Die Anerkennung von ausländischen Facharzttiteln ist darin nicht enthalten.

Für die Analysen im Kapitel 12.1.1 «Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte» wurden die Weiterbildungstitel wie folgt zusammengefasst:

Allgemeine Innere Medizin	Praktische/r Ärztin/Arzt	Grundversorgung
Kinder- und Jugendmedizin		Pädiatrie
Gynäkologie und Geburtshilfe		Gynäkologie
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychiatrie
Dermatologie und Venerologie	Allergologie/Immunologie	Fachmedizin ohne chirurgische Tätigkeit
Neurologie	Endokrinologie/Diabetologie	
Physikalische Medizin und Rehabilitation	Hämatologie	
Tropen- und Reisemedizin	medizinische Onkologie	
Infektiologie	Nephrologie	
Kardiologie	Pneumologie	
Gastroenterologie	Angiologie	
	Rheumatologie	
Chirurgie	Orthopädische Chirurgie	Fachmedizin mit chirurgischer Tätigkeit
Kinderchirurgie	plastische Chirurgie	
Neurochirurgie	Urologie	
Ophthalmologie	Herz-Thorax-Gefässchirurgie	
ORL	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	
Anästhesiologie	Nuklearmedizin	andere Fachbereiche
Rechtsmedizin	Radiologie	
Pathologie	klinische Pharmakologie	
Prävention und Gesundheitswesen	und Toxikologie	
Medizinische Genetik	Radio-Onkologie/Strahlentherapie	
Pharmazeutische Medizin	Intensivmedizin	
Arbeitsmedizin		

Bildungsstatistiken

Ausführungen zur Datenbank und Vorgehensweise

Die Zahlen zur beruflichen Grundbildung (Berufslehre/Sekundarstufe II) sowie zur höheren Berufsbildung (höhere Fachschule) stammen aus den Bildungsstatistiken des BFS – die Ausnahme bilden die Zahlen der Höheren Fachschule Gesundheit Zentralschweiz (HFGZ), welche von der Ausbildungsinstitution selber stammen. Die Eintritts- und Abschlusszahlen auf Tertiärstufe A (Fachhochschule und universitäre Hochschule) basieren auf dem Schweizerischen Hochschulinformationssystem SHIS des BFS.

Zu beachten ist, dass es sich bei den Zahlen um Eintritte und Abschlüsse handelt. Das heisst, eine Person kann mehrere Ausbildungen beginnen und abschliessen (z. B. wenn sie zuerst eine Lehre als Fachfrau Gesundheit macht und dann die Ausbildung als dipl. Pflegefachperson HF anschliesst); sie wird somit in Statistiken, welche mehrere Jahre umfassen, möglicherweise mehrmals gezählt.

Vorgehensweise: Die unten stehende Übersicht zeigt, welche Ausbildungsgänge im Rahmen dieses Berichtes berücksichtigt wurden.

Für die Tertiärstufe A wurden die Eintritts- und Abschlusszahlen aller Schweizer Universitäten der Humanmedizin und der Pharmazie nach Wohnkanton vor Studienbeginn ausgewertet.

Für die Tertiärstufe B wurden nur diejenigen Ausbildungen, welche im Kanton Luzern angeboten werden, berücksichtigt. Es handelt sich dabei um die Studiengänge dipl. Pflegefachfrau/-mann HF und Biomedizinische/r Analytiker/in HF an der HFGZ sowie Rettungssanitäter/in HF am Schweizer Institut für Rettungsmedizin (Sirmed).

Für die Sekundarstufe II wurden die Eintritts- und Abschlusszahlen nach Lehrort ausgewertet.

Humanmedizin (eidg. Arztdiplom) Pharmazie	Tertiärstufe A
dipl. Pflegefachfrau/-mann HF dipl. Biomedizinische Analytiker/in HF Rettungssanitäter/in HF	Tertiärstufe B
Medizinische Praxisassistent/in EFZ Fachmann/-frau Gesundheit EFZ (FaGe) Fachmann/-frau Betreuung EFZ (FaBe)	Sekundarstufe II

Krankenhausstatistik

Ausführungen zur Datenbank und Vorgehensweise

In der Krankenhausstatistik (KS) werden sämtliche Personen, die während eines Jahres im Betrieb (Spital oder Geburtshaus) vertraglich beschäftigt waren, erfasst (internes Personal). Es handelt sich dabei um individuelle Datensätze, das heisst, für jede einzelne Person werden sämtliche Variablen erhoben. Externe Mitarbeitende – sogenanntes Belegpersonal (z. B. Belegärztinnen/-ärzte) – sind nicht berücksichtigt. Diese verfügen über kein festes Arbeitsverhältnis mit dem Betrieb, sondern erbringen Leistungen gegen Rechnung. In Bezug auf die erfassten Merkmale zum internen Personal sind folgende Punkte zu beachten:

- Es ist sowohl das Personal im stationären wie auch im ambulanten Spitalbereich erfasst – eine Unterscheidung nach stationär oder ambulant ist nicht möglich.
- Die KS erhebt die Funktion und nicht den Ausbildungsabschluss der Mitarbeitenden.
- Für alle Mitarbeitenden wird erhoben, ob sie sich in Ausbildung befinden oder nicht. Bei dieser Variablen bestehen Unsicherheiten bezüglich der Qualität. So gibt es Hinweise, dass diese Information nicht von allen Spitälern gleich und korrekt dokumentiert wird.
- Für alle Mitarbeitenden werden die bezahlten Arbeitsstunden erhoben. Somit können neben der Anzahl Personen auch die Vollzeitäquivalente (VZÄ) ausgewiesen werden.

Folgende Zusammenfassung der Funktionskategorien wurde für die Analysen vorgenommen:

Analysierte Funktionskategorien in der KS	Zusammenfassung für Analysen	
Chefärztin/-arzt Leitende/r Ärztin/Arzt Spitalärztin/-arzt Oberärztin/-arzt Assistenzärztin/-arzt	Ärztinnen/Ärzte	
dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung dipl. Pflegefachperson Hebammen	Pflege- und Betreuungs- personal	Tertiärstufe
Pflegepersonal mit Abschluss auf Sekundarstufe II Pflegepersonal auf Assistenzstufe		Sekundarstufe II
sonstiges Pflegepersonal		anderes Pflegepersonal
techn. Operationsfachperson med.-techn. Radiologiefachperson biomed. Analytiker/in Rettungssanitäter/in Transportsanitäter/in med.-techn. Personal mit Abschluss auf Sekundarstufe II	medizinisch-technisches Personal	
Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Ernährungsberater/in Logopädie (Orthophonist/in) Aktivierungstherapeut/in Psychologin/Psychologe med. Masseur/in med.-therapeut. Personal mit Abschluss auf Sekundarstufe II andere/r Therapeut/in	medizinisch-therapeutisches Personal	

Berechnung der Prognosen zum Gesundheitspersonal

Die Personalprognosen wurden mittels folgender Formel berechnet:

$$\text{Anzahl beschäftigte Personen 2025 bzw. VZÄ 2025} = \frac{\text{Anzahl beschäftigte Personen 2012 bzw. VZÄ 2012} \times \text{Pflegetage 2025}}{\text{Pflegetage 2012}}$$

Als Basis für die Personalprognosen wurden folgende Szenarien gewählt: Für die Bevölkerungsentwicklung wurden die drei BFS-Szenarien (tiefe, mittlere, hohe Bevölkerungszunahmen) verwendet. Für die Berechnung der Entwicklung der Aufenthaltsdauer im akutsomatischen Bereich wurde das Szenario «¼ Best» gewählt, welches davon ausgeht, dass die Luzerner Spitäler diejenige Aufenthaltsdauer erreichen, welche 25 Prozent der Schweizer Spitäler erreichen werden. Für die psychiatrischen Kliniken und die Rehabilitationskliniken wurde das kantonale Szenario (Referenzszenario) verwendet.

Die Prognosen für den zukünftigen Personalbedarf beruhen auf folgenden Annahmen:

- Der Bedarf an Personen beziehungsweise Vollzeitstellen steigt oder sinkt proportional zur Veränderung der Pflegetage.
- Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad des Gesundheitspersonals bleibt konstant.
- Die Anteile der einzelnen Berufsgruppen (Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal, medizinisch-technisches Personal usw.) am gesamten Gesundheitspersonal bleiben konstant.
- Der Skill-/Grademix des Pflegepersonals bleibt konstant.
- Der von den Spitälern übernommene Anteil der Gesundheitsversorgung bleibt konstant.

Verzeichnisse

1	Literaturverzeichnis.....	129
2	Abbildungsverzeichnis.....	130
3	Tabellenverzeichnis.....	131
4	Abkürzungsverzeichnis.....	133

1 Literaturverzeichnis

- BAG (2014). Faktenblatt zur Prämienverbilligung vom 25. September 2014. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BFS (2012). Gesundheitsstatistik 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2015). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012. BFS Aktuell. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Burla, L. (2013). Ärzteschaft in der Schweiz: aktuelle Fragen zur künftigen Entwicklung. In Soziale Sicherheit CHSS 3/2013 (S. 135–136). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Burla, L. und Rüfenacht, J. (2013). Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen (Obsan-Bulletin 2/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- EFV (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der EFV Nr. 19. Bern: Eidgenössisches Finanzdepartement (EFD).
- Krummenacher, Jürg et al. (2013). Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitex-Leistungen im Kanton Schwyz – Standortbestimmung und Ausblick (Schlussbericht). Luzern, HSLU Wirtschaft.
- Moreau-Gruet, F. (2013). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung Share (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan-Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2011). Der Einfluss von Fallpauschalen auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen in der Schweiz. Medienmitteilung Nr. 0350-1106-30. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2014). Gesundheitsreport Kanton Luzern. Standardisierte Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 und weiterer Datenbanken (Obsan-Dossier 36). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durchschnittsprämie für Erwachsene in der OKP 2015, nach Kanton.....	17
Abbildung 2: Entwicklung der Durchschnittsprämie für Erwachsene im Kanton Luzern von 2006 bis 2015.....	18
Abbildung 3: Durchschnittliche Nettokosten und Prämien pro versicherte Person nach Altersgruppen, Kanton Luzern, 2012...	18
Abbildung 4: Entwicklung der Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, Fünfjahresdurchschnitte 1982–2012.....	22
Abbildung 5: Lebenserwartung der Frauen bei der Geburt, Durchschnitt 2008–2012	22
Abbildung 6: Lebenserwartung der Männer bei der Geburt, Durchschnitt 2008–2012	23
Abbildung 7: Schematische Darstellung des Altersaufbaus der Luzerner Bevölkerung 2015 und 2035	24
Abbildung 8: Entwicklung der Hospitalisierungsrate pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Luzern und im schweizerischen Durchschnitt, Akutsomatik, 2005–2013	32
Abbildung 9: Luzerner Fälle, die in einem anderen Kanton behandelt wurden, nach Spitalkanton in Prozenten, 2013	34
Abbildung 10: Anzahl Luzerner Patientinnen und Patienten (Fälle/Pflegetage), die in einem anderen Kanton behandelt wurden, nach wichtigsten Spitälern, 2013	35
Abbildung 11: Anteile ausserkantonaler Fälle und Pflegetage, nach Leistungsbereich, 2013.....	39
Abbildung 12: Innerkantonale Patientenströme 2013: Herkunft und prozentualer Anteil der Fälle (je Wahlkreis) nach Spital, Luzerner Bevölkerung	42
Abbildung 13: Einzugsgebiet des Luzerner Kantonsspitals Standort Wolhusen, 2013	43
Abbildung 14: Einzugsgebiet des Luzerner Kantonsspitals Standort Sursee, 2013	43
Abbildung 15: Einzugsgebiet des Luzerner Kantonsspitals Standort Luzern, 2013	44
Abbildung 16: Einzugsgebiet der Hirslanden-Klinik St. Anna, Luzern, 2013	44
Abbildung 17: Zu- und Abnahme von Pflegetagen der Luzerner Wohnbevölkerung zwischen 2013 und 2023, nach Leistungs- bereich, in Prozent (Szenario «¼ Best»).....	46
Abbildung 18: Zu- und Abnahme von Pflegetagen in Luzerner Spitälern zwischen 2013 und 2023, nach Leistungsbereich, in Prozent (Szenario «¼ Best»).....	47
Abbildung 19: Zu- und Abnahme von Pflegetagen der Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Spitälern zwischen 2013–2023, nach Leistungsbereich, in Prozent (Szenario «¼ Best»)	48
Abbildung 20: Standorte der psychiatrischen Angebote im Kanton Luzern.....	63
Abbildung 21: Kennzahlen der stationären Psychiatrie, Luzerner Wohnbevölkerung, Entwicklungsraten in Prozent, 2009–2013	67
Abbildung 22: Stationäre Psychiatrie, Anteile ausserkantonomaler Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflegetage) in Luzerner Spitälern, nach Diagnosegruppen in Prozent, 2013	69
Abbildung 23: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Luzerner Psychiatriekliniken, nach Diagnosegruppen, 2013	70
Abbildung 24: Stationäre Psychiatrie, Luzerner/innen in ausserkantonalen Spitälern, nach Herkunft (Wahlkreis) 2013. Fälle, Fälle pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner, Pflegetage	72
Abbildung 25: Beschäftigte (VZÄ) von Gesundheitsberufen in den Spitälern des Kantons Luzern, Anteile nach Funktionsgruppen, 2012	79
Abbildung 26: Praktizierende Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) im Kanton Luzern, Anzahl, nach 10-Jahres-Klassen, 2013 und 2014	82
Abbildung 27: Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Altersverteilung in Prozent nach ausgewähltem Fachbereich, Kanton Luzern, 2012	83
Abbildung 28: Dichte der Grundversorger/innen (inkl. Pädiatrie) nach Wahlkreisen, Kanton Luzern, 2012.....	84
Abbildung 29: Dichte der Spezialärztinnen und -ärzte nach Wahlkreisen, Kanton Luzern, 2012.....	85
Abbildung 30: Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger (inkl. Pädiatrie), 2012	86
Abbildung 31: Dichte der Spezialärztinnen und Spezialärzte, 2012	86
Abbildung 32: Frauenanteil der frei praktizierenden Ärzteschaft nach Fachbereichen, Kanton Luzern, 2012	87
Abbildung 33: Assistenzärztinnen/-ärzte in Luzerner Spitälern, 2010–2012, Beschäftigte und VZÄ.....	88
Abbildung 34: Verleihe eidg. Facharztstitel nach Fachbereich, 2002–2012, Schweiz	89
Abbildung 35: Versorgungsdichte Spitex gemessen an der Bevölkerung 65 plus, nach Kantonen, Schweiz 2013	91
Abbildung 36: Pflegequote Spitex in der Gesamtbevölkerung, nach Kantonen, Schweiz 2013	92
Abbildung 37: Anzahl öffentliche Apotheken und Drogerien, nach Region im Kanton Luzern, 2014.....	95
Abbildung 38: Anzahl Inhaberinnen und Inhaber von BAB im Kanton Luzern, per Ende 2013, nach Altersgruppen.....	98
Abbildung 39: Die vier Schwerpunktthemen der Fachstelle Gesundheitsförderung.....	102

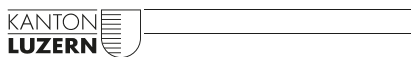
3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ausgewählte Kennzahlen des Kantons Luzern.....	11
Tabelle 2:	Entwicklung der Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen, in Relation zum BIP, 2001–2013.....	14
Tabelle 3:	Gesundheitsausgaben 2013 in ausgewählten OECD-Ländern, Anteil am BIP.....	15
Tabelle 4:	Bruttokosten OKP nach Leistungserbringergruppen für den Kanton Luzern, 2005–2012 (in Mio. Fr.)	15
Tabelle 5:	Bruttokosten OKP in Franken pro versicherte Person nach Leistungserbringergruppen und Wohnkanton, 2012	16
Tabelle 6:	Luzerner Kantonsbeiträge in Franken an stationär erbrachte Leistungen in den Spitälern (inkl. GWL), von 2011–2014.....	17
Tabelle 7:	Individuelle Prämienverbilligung, anspruchsbestimmender Prozentsatz und Auszahlungen seit 2005 im Kanton Luzern	19
Tabelle 8:	Bevölkerungsszenario zur ständigen Wohnbevölkerung im Kanton Luzern nach Altersklassen, bis 2035.....	23
Tabelle 9:	Entwicklung der Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch die Luzerner Bevölkerung: Fälle, Pflegetage und mittlere Aufenthaltsdauer, Akutsomatik, 2005–2013	32
Tabelle 10:	Anzahl Fälle und Pflegetage der Luzerner Bevölkerung in Luzerner Spitälern, nach Leistungsbereich, 2013	33
Tabelle 11:	Anzahl Luzerner Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflegetage), die in einem anderen Kanton behandelt wurden, nach Spitalkanton, 2011–2013	34
Tabelle 12:	Ausserkantonale Fälle von Luzernerinnen und Luzernern nach Herkunft beziehungsweise Wahlkreis und Behandlungskanton, 2013.....	36
Tabelle 13:	Ausserkantonale Fälle und Pflegetage von Luzernerinnen und Luzernern nach Leistungsbereich, 2011–2013.....	36
Tabelle 14:	Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflegetage), nach Herkunft, Akutsomatik, 2013	37
Tabelle 15:	Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflegetage), nach Spital, Akutsomatik, 2013	37
Tabelle 16:	Anzahl Hospitalisierungen in Luzerner Spitälern, nach Spital und Wohnkanton, 2011–2013	38
Tabelle 17:	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflegetage), nach Wohnkanton, Akutsomatik, 2011–2013	38
Tabelle 18:	Ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Luzern hospitalisiert (Fälle und Pflegetage), nach Spital, 2011–2013	39
Tabelle 19:	Inanspruchnahme (Fälle) der Luzerner Spitäler nach Liegeklasse, 2013.....	40
Tabelle 20:	Inanspruchnahme (Fälle) der Luzerner Spitäler nach Liegeklasse, 2012.....	40
Tabelle 21:	Interkantonale Patientenströme (Hospitalisierungen bzw. Fälle) nach Kanton, 2011–2013.....	41
Tabelle 22:	Innerkantonale Patientenströme: Herkunft und Zielspital, 2013 (Anzahl Fälle, Luzerner Bevölkerung).....	41
Tabelle 23:	Anzahl Patientinnen und Patienten am LUKS, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Pflegetage, Akutsomatik, Prognose 2015–2024	49
Tabelle 24:	Kennzahlen der stationären Rehabilitation; Luzerner Wohnbevölkerung, 2005–2013.....	55
Tabelle 25:	Luzernerinnen und Luzerner nach Standortkanton der ausserkantonalen Spitalbehandlungen, stationäre Rehabilitation, 2013	55
Tabelle 26:	Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Kliniken, stationäre Rehabilitation, 2013.....	56
Tabelle 27:	Luzerner Bevölkerung in ausserkantonalen Kliniken nach Diagnosegruppe, stationäre Rehabilitation, 2013.....	56
Tabelle 28:	Inanspruchnahme der Luzerner Kliniken nach jenen drei Diagnosegruppen mit den meisten Spitaltagen, stationäre Rehabilitation, 2013	57
Tabelle 29:	Durchschnittliche Aufenthaltsdauern in Luzerner Kliniken, 2013	57
Tabelle 30:	Anzahl Pflegetage, Betten und Bettenbelegung der Luzerner Kliniken, stationäre Rehabilitation, 2013	58
Tabelle 31:	Anzahl ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflegetage) in Luzerner Kliniken, nach Herkunftskanton, stationäre Rehabilitation, 2013	58
Tabelle 32:	Anzahl ausserkantonale Patientinnen und Patienten (Fälle und Pflegetage) in Luzerner Kliniken, nach Spital, stationäre Rehabilitation, 2013	58
Tabelle 33:	Stationäre Rehabilitation, Prognosen der Fälle und Pflegetage der Luzerner Bevölkerung, 2013–2023.....	59
Tabelle 34:	Anzahl Querschnittgelähmte und Pflegetage in der Schweiz	60
Tabelle 35:	Entwicklung der Anzahl Fälle und Pflegetage in der Klinik Cereneo.....	61
Tabelle 36:	Anzahl Fälle beim ambulanten Angebot der Lups, 2012 und 2013	64
Tabelle 37:	Kennzahlen der stationären Psychiatrie, Luzerner Wohnbevölkerung, 2009–2013.....	67
Tabelle 38:	Inanspruchnahme der Luzerner Spitäler nach Diagnosegruppen, 2013.....	68
Tabelle 39:	Stationäre Psychiatrie, Anzahl ausserkantonale Fälle und Pflegetage in Luzerner Spitälern, nach Spital, 2013.....	68
Tabelle 40:	Stationäre Psychiatrie, Anzahl ausserkantonale Fälle und Pflegetage in Luzerner Spitälern, nach Herkunftskanton, 2013	68
Tabelle 41:	Stationäre Psychiatrie, durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Luzerner Spitälern, 2012 und 2013	69
Tabelle 42:	Stationäre Psychiatrie, Bettenzahl und -belegung der Luzerner Spitäler, 2013	70
Tabelle 43:	Stationäre Psychiatrie, Luzernerinnen und Luzerner nach Standortkanton der ausserkantonalen Spital- behandlungen, 2013.....	71
Tabelle 44:	Stationäre Psychiatrie, von Luzernerinnen und Luzernern am häufigsten aufgesuchte ausserkantonale Spitäler (Fälle und Pflegetage), 2011–2013	71
Tabelle 45:	Stationäre Psychiatrie, Luzernerinnen und Luzerner in ausserkantonalen Spitälern nach Diagnosegruppen, 2013	72
Tabelle 46:	Stationäre Psychiatrie, Prognosen der Fälle und Pflegetage der Luzerner Bevölkerung, 2013–2023.....	73
Tabelle 47:	Gesundheitspersonal in Spitälern, Anzahl Beschäftigte und VZÄ, Kanton Luzern, 2012.....	78
Tabelle 48:	Gesundheitspersonal in Spitälern, Frauenanteil (in %), Kanton Luzern, 2012	79
Tabelle 49:	Gesundheitspersonal in Spitälern, Anteil der 55-Jährigen und Älteren (in %), Kanton Luzern, 2012	80
Tabelle 50:	Gesundheitspersonal in Spitälern, Anteil der Pensionierungen bis 2025, nach Funktionsgruppen, Kanton Luzern.....	80

Tabelle 51: Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Altersverteilung in Prozent nach Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) und Spezialmedizin, Luzerner Wahlkreise, 2012.....	81
Tabelle 52: Praktizierende Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie), Anzahl, Durchschnittsalter und Ärztedichte nach Luzerner Wahlkreisen, 2013 und 2014.....	82
Tabelle 53: Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte nach Fachbereich, Kanton Luzern, 2009 und 2012.....	83
Tabelle 54: Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner) nach Wahlkreisen im Kanton Luzern, 2012	84
Tabelle 55: Dichte der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (pro 1000 Einwohnerinnen/Einwohner) nach ausgewählten Kantonen, 2012.....	85
Tabelle 56: Frauenanteil (in %) der frei praktizierenden Ärzteschaft nach Wahlkreisen, Kanton Luzern, 2009 und 2012.....	87
Tabelle 57: Humanmedizin, Ausbildungsabschlüsse und -eintritte nach Jahr, Wohnkanton vor Studienbeginn, 2002–2012.....	88
Tabelle 58: Spitex-Organisationen im Kanton Luzern: Kennzahlen, 2010–2014	90
Tabelle 59: Spitex-Organisationen im Kanton Luzern (Bereich Pflege), Anzahl Klientinnen und Klienten, Pflege, Leistungsstunden pro Klient/in, 2010–2014.....	91
Tabelle 60: Spitex-Organisationen im Kanton Luzern (Hauswirtschaft und Sozialbetreuung), Anzahl Klientinnen und Klienten, Leistungsstunden pro Klient/in, 2010–2014.....	91
Tabelle 61: Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung in Stadt und Kanton Luzern, 2005–2013	96
Tabelle 62: Ausbildungseintritte und -abschlüsse von nicht universitären Gesundheitsberufen, Kanton Luzern, 2012.....	97
Tabelle 63: Berufsausübungsbewilligungen im Kanton Luzern, Anzahl und Neuerteilungen	97
Tabelle 64: Einsätze des Rettungsdienstes LUKS nach Standort, 2009–2013	100
Tabelle 65: Einsätze des Rettungsdienstes LUKS nach Dringlichkeit, 2009–2013	101

4 Abkürzungsverzeichnis

AFP	Aufgaben- und Finanzplan
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAB	Berufsausübungsbewilligung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMI	Case Mix Index
DIGE	Dienststelle Gesundheit und Sport
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
eHealth	Elektronische Gesundheitsdienste
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
Espop	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes
GesG	Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GiA	Gemeindeintegrierte Akutbehandlung
GSD	Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HFGZ	Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	International Classification of Diseases
IHAM&CC	Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin
JDV	Jahresdurchschnittliche Veränderung
JSD	Justiz- und Sicherheitsdepartement des Kantons Luzern
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
KLv	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KS	Krankenhausstatistik
KSNW	Kantonsspital Nidwalden
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LHM	Luzerner Höhenklinik Montana
LUKS	Luzerner Kantonsspital
Lunis	Luzerner-Nidwaldner Spitalregion
Lups	Luzerner Psychiatrie
Lustat	Lustat Statistik Luzern
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinialberufe
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
MTRA	Medizinisch-technische Radiologie
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SNZ	Sanitätsnotrufzentrale
SPLG	Spitalleistungsgruppen
SPZ	Schweizer Paraplegiker-Zentrum
Statpop	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
Tarmed	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen
Tarpsy	Tarifsystem Psychiatrie
TZM	Therapiezentrum Meggen
VLuHa	Vereinigung Luzerner Hausärzte
VPLU	Vereinigung der Psychiaterinnen und Psychiater des Kantons Luzern
VZÄ	Vollzeitäquivalent
ZiSG	Zweckverband für institutionelle Sozialhilfe (ZiSG)



Staatskanzlei
Bahnhofstrasse 15
CH-6002 Luzern

Telefon 041 228 50 33
staatskanzlei@lu.ch
www.lu.ch

